



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - Año Lectivo 20.....
EDUCACIÓN INICIAL



◆ **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: **CENTRO EDUCATIVO SIGLO 21**

Número: **DIPREGEPEP N° 3282**

Distrito: **ITUZAINGO**

Estatal Privado

INSCRIPCIÓN

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponda)

**PEGAR
FOTO
CARNE**
—

**NIVEL
INICIAL**

SALA 2 3 4 5 J/E AÑOS

TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde Alternancia Jornada Extendida

◆ **DATOS DEL ALUMNO/A:**

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Apellido/s: Nombres:

Sexo: Fecha de Nac: - - - / - - - Lugar de Nac: Nacionalidad:

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono particular:

Correo Electrónico:

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA: (Complete sólo si el año pasado o este año el alumno concurrió a otro establecimiento)

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatal Privado

Nombre del Establecimiento: Nro:

Condición del alumno en la inscripción actual: Repitiente Reinscripto Ingresante Promovido En Compensación

Otros datos: ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuántos en este Establecimiento? Distancia del domicilio a la escuela: Km.

Cantidad de habitantes en el hogar: Cantidad de habitaciones en el hogar (exceptuando cocina y baño):

Cantidad de libros en el hogar (no contando revistas, diarios y textos escolares): ¿Recibe apoyo escolar? NO SÍ

¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO SÍ

FAMILIARES/TUTORES DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

Apellido/s de la **MADRE**: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD Trabajo Permanente Trabajo Temporario Changas/jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/pensionado Rentista Discapacitado Otros

Nivel de Instrucción de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

NO

¿Vive? SÍ → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono celular:

Apellido/s del **PADRE**: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD Trabajo Permanente Trabajo Temporario Changas/jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/pensionado Rentista Discapacitado Otros

Nivel de Instrucción del Padre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

NO

¿Vive? SÍ → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono celular:

Apellido/s del **TUTOR/RESPONS.**: Nombres:

Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD Trabajo Permanente Trabajo Temporario Changas/jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/pensionado Rentista Discapacitado Otros

Nivel de Instrucción del tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono celular:

JEFE/A DE HOGAR: Madre Padre Tutor/Responsable

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/s: Nombres:

Tipo Doc: N° Doc: Vínculo / Parentesco con el alumno:

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social: N° Afiliado:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:

Sí No ¿Cuál?:

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:

Sí No ¿Por qué?:

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? Sí No

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe ¿Recibe tratamiento permanente?: Sí No

TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico?: Sí No Especifique:

Quirúrgicos: Sí No Edad: Tipo de Cirugía:

¿Presenta alguna limitación física?: Sí No Aclaración:

Otros problemas de salud:

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la Determinación: / /

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :

Recurrir a: Institución:
Domicilio: Teléfono:

Médico: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:

Familiar: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:

ACTUALIZACIONES:

Fecha: / / Anual: Sí No ¿Hay cambios? Sí No

Describa los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual: Sí No ¿Hay cambios? Sí No

Describa los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual: Sí No ¿Hay cambios? Sí No

Describa los cambios de salud del alumno:

- Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.
- La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.
- El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha, Notificación / /
Aclaración DNI

