



**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE**

Clave Provincial 4004 MS 7382 CUE 0620491-00 ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO  
 Nombre COLEGIO PARROQUIAL SANTA ANA N° S/N Distrito ALTE BROWN  
 SECTOR DE GESTION:  Estatal  Privado  Municipal

**ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA**

(Complete sólo si el año pasado o este año el alumno ha concurrido a otro establecimiento)

Clave Provincial \_\_\_\_\_ CUE \_\_\_\_\_ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO Nivel/Modalidad PRIMARIA  
 Nombre COLEGIO PARROQUIAL SANTA ANA N° S/N Dirección RAUL SOLDI Y P. ROBERTO SCALI  
 Localidad GLEW Distrito ALTE BROWN Provincia BS AS País ARGENTINA  
 SECTOR DE GESTION:  Estatal  Privado  Municipal  Nacional  Otro

**INSCRIPCION**

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL SECUNDARIO  Ciclo Básico  CESAJ  Ciclo Superior Orientación \_\_\_\_\_ ← INDICAR ORIENTACION  
 AÑO  1  2  3  4  5  6  
 TURNO  Mañana  Tarde  Noche  Vespertino  Intermedio  
 JORNADA  Simple  Completa  Extendida  Doble Escolaridad

CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCION ACTUAL  Ingresante  Reinscripto  Promovido  Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Es alumno con pase?  SI  NO  
 ¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa?  SI  NO

**PARA INSCRIPCIÓN EN ITINERARIO FORMATIVO O SISTEMA DUAL**

Inscripción en un Itinerario Formativo  Inscripción en Sistema Dual

Establecimiento donde está inscripto en el Ciclo Superior Orientado

En este establecimiento

En otro establecimiento Nombre \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ CUE \_\_\_\_\_ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

**DATOS DEL ALUMNO**

Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  Posee  En Trámite  No Posee Estado del Doc.  Bueno  Malo

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Lugar de Nac. \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_

Dpto \_\_\_\_\_ Entre calles \_\_\_\_\_

Otro dato referido al domicilio \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

N° de Legajo \_\_\_\_\_ N° de Matriz \_\_\_\_\_ N° de Folio \_\_\_\_\_ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

**OTROS DATOS DEL ALUMNO**

Hermanos  SI  NO Cantidad \_\_\_\_\_ Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento \_\_\_\_\_

Cantidad de habitantes en el hogar \_\_\_\_\_ Cantidad de habitaciones en el hogar \_\_\_\_\_ Otra lengua hablada en el hogar \_\_\_\_\_

Recibe apoyo escolar  SI  NO Obra social  SI  NO Recibe ayuda escolar  SI  NO

¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa?  SI  NO  AUH  Becas por excepción

Progresar  Otros

Becas para Judicializados

Medio de transporte que lo acerca al establecimiento

A pie  Omnibus  Auto particular  Taxi/Remís  Otro

CONTESTAN ALUMNOS DE 14 AÑOS Y MÁS

Tiene hijos menores de 3 años  SI  NO Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales  SI  NO

**DATOS DE LA MADRE**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educacional?  SI  NO  
 ¿Nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Terciario  Universitario ¿Completó ese nivel?  SI  NO  
 Vive  SI  NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
 DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_  
 Dpto \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 ¿Es jefe del hogar?  SI  NO Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**  
 Sólo Trabaja  Trabaja y Estudia  Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión  Sólo Busca Trabajo  Sólo Estudia  
 Busca Trabajo y Estudia  Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión  Jubilado/Pensionado  Otro

**DATOS DEL PADRE**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educacional?  SI  NO  
 ¿Nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Terciario  Universitario ¿Completó ese nivel?  SI  NO  
 Vive  SI  NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
 DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_  
 Dpto \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 ¿Es jefe del hogar?  SI  NO Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**  
 Sólo Trabaja  Trabaja y Estudia  Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión  Sólo Busca Trabajo  Sólo Estudia  
 Busca Trabajo y Estudia  Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión  Jubilado/Pensionado  Otro

**DATOS DEL TUTOR**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educacional?  SI  NO  
 ¿Nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Terciario  Universitario ¿Completó ese nivel?  SI  NO

Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
 DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_  
 Dpto \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 ¿Es jefe del hogar?  SI  NO Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**  
 Sólo Trabaja  Trabaja y Estudia  Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión  Sólo Busca Trabajo  Sólo Estudia  
 Busca Trabajo y Estudia  Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión  Jubilado/Pensionado  Otro

**PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO**

(Alumnos menores de 18 años)

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Vínculo/Parentesco con el alumno \_\_\_\_\_  
 Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Vínculo/Parentesco con el alumno \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES JUDICIALES**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Restricción \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DE SALUD**

Obra Social \_\_\_\_\_ N° Afiliado \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD**

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

SI  NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SI  NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIAS?  SI  NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones \_\_\_\_\_

La alergia se debe a \_\_\_\_\_  No sabe ¿Recibe tratamiento permanente?  SI  NO

**TRATAMIENTOS**

¿Recibe tratamiento médico?  SI  NO Especifique \_\_\_\_\_

Quirúrgicos  SI  NO Edad \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna limitación física?  SI  NO Aclaración \_\_\_\_\_

¿Otros problemas de salud? \_\_\_\_\_

NO LLENAR LOS PADRES	VACUNAS OBLIGATORIAS tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2 de acuerdo a su cumplimiento <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <i>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</i>
	DETERMINACION DE Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo) Fecha de la determinación _____ / _____ / _____

**SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA**

RECURRIR A	Institución _____ Domicilio _____ Teléfono _____
MEDICO	Apellido/s _____ Nombre/s _____ Domicilio _____ Teléfono _____
FAMILIAR	Apellido/s _____ Nombre/s _____ Domicilio _____ Teléfono _____

**ACTUALIZACIONES**

Fecha _____ / _____ / _____ Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Describe los cambios de salud del alumno _____
Fecha _____ / _____ / _____ Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Describe los cambios de salud del alumno _____
Fecha _____ / _____ / _____ Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Describe 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 el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.*

Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del responsable \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_ Firma del Director \_\_\_\_\_