

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

Clave Provincial \_\_\_\_\_ CUE 061825800 ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO  
Nombre EEST N° 4 Distrito BERAZATEGUI  
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 \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
SECTOR DE GESTION:  Estatal  Privado  Municipal  Nacional  Otro

**INSCRIPCIÓN**

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

**NIVEL SECUNDARIO**  lo 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 INSCRIPCIÓN 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 ayuda escolar  SI  NO Obra social  SI  NO  
¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa?  SI  NO  AUH  Becas por excepción  
 Progresar  Otros  
 Becas Judicializadas

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 ALERGIA?  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? \_\_\_\_\_

<b>NO LLENAR LOS PADRES</b>	<b>VACUNAS OBLIGATORIAS</b> tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 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>
	<b>DETERMINACION DE</b> Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo) Fecha de la determinación _____ / _____ / _____

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

<b>RECURRIR A</b>	Institución _____ Domicilio _____ Teléfono _____
<b>MEDICO</b>	Apellido/s _____ Nombre/s _____ Domicilio _____ Teléfono _____
<b>FAMILIAR</b>	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.

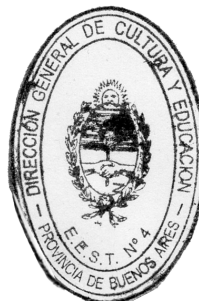
La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

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 \_\_\_\_\_ / 02 / 2021

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración



\_\_\_\_\_  
Firma del Director  
**NÉSTOR DANIEL PEREYRA**  
DIRECTOR  
E.E.S.T. Nº 4 - BEGUL