DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN — GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - AÑO LECTIVO 202___
EDUCACIÓN SECUNDARIA - 1° A 6° AÑO

Escuela Municipal Paula A. de Sarmiento Vicente López

• **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: "PAULA A. DE SARMIENTO" - DIPREGEP 1488
Distrito: VICENTE LÓPEZ

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

NIVEL: ES **AÑO:** 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ NIVEL: **ESB** ORIENTACIÓN: AÑO: 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑

TURNO SOLICITADO: MAÑANA ❑ TARDE ❑

• **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: ..... Cel: .....

N° Legajo: ..... N° Libro Matriz: ..... N° Folio: .....

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

Jurisdicción/Provincia: ..... Distrito: ..... Rama/Nivel: ..... Estatal: ◯

Nombre del Establecimiento: ..... Nro: ..... Privado: ◯

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

Otros datos: ¿Cuántos hermanos tiene? ..... ¿Cuántos en este establecimiento? ..... Distancia del domicilia 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): ..... ¿Tiene computadora en el hogar? .....

¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO ◯ SI ◯ ¿Recibe apoyo escolar? NO ◯ SI ◯

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 ❑ Sedundario ❑ Terciario ❑ Universitario ❑ Posgrado ❑ | Completo ◯ | Incompleto ◯ Hasta el año/grado: .....

¿Vive? NO ◯ SI ◯ → Tipo Doc: ..... N° Doc: ..... Estado del Doc: Bueno ❑ Malo ❑ En trámite ❑ No posee ❑

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

Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono: ..... Cel: .....

Mail: .....

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 ❑ Sedundario ❑ Terciario ❑ Universitario ❑ Posgrado ❑ | Completo ◯ | Incompleto ◯ Hasta el año/grado: .....

¿Vive? NO ◯ SI ◯ → Tipo Doc: ..... N° Doc: ..... Estado del Doc: Bueno ❑ Malo ❑ En trámite ❑ No posee ❑

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

Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono: ..... Cel: .....

Mail: .....

Apellido/s del **TUTOR/RESPONS:** ..... 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 TUTOR/RESPONS: *(Marque el último nivel alcanzado)*

Ninguno ❑ Primario ❑ Sedundario ❑ 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: ..... Cel: .....

Mail: .....

JEFE/A DE HOGAR: Madre ◯ Padre ◯ Tutor/Responsable ◯

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO/A DEL ESTABLECIMIENTO

Apellido/s: ..... Nombres: .....
Tipo Doc: ..... Nº Doc: ..... Vínculo/Parentesco con el alumno: ..... Teléfono: .....

Apellido/s: ..... Nombres: .....
Tipo Doc: ..... Nº Doc: ..... Vínculo/Parentesco con el alumno: ..... Teléfono: .....

Apellido/s: ..... Nombres: .....
Tipo Doc: ..... Nº Doc: ..... Vínculo/Parentesco con el alumno: ..... Teléfono: .....

Apellido/s: ..... Nombres: .....
Tipo Doc: ..... Nº Doc: ..... Vínculo/Parentesco con el alumno: ..... Teléfono: .....

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s: ..... Nombres: .....
Tipo Doc: ..... Nº Doc: ..... Restricción: .....

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social: ..... Nº de 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 ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: .....
La alergia se debe a: ..... No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI ☐ NO ☐

TRATAMIENTOS:

¿Recibió 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
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 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 SI ☐ NO ☐ ¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describa los cambios de salud del alumno: .....

Fecha: ..... / ..... / ..... Anual SI ☐ NO ☐ ¿Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describa los cambios de salud del alumno: .....

Fecha: ..... / ..... / ..... Anual SI ☐ NO ☐ ¿Hay cambios? SI ☐ 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 de Inscripción: ..... / ..... / .....

....
Firma de la madre/padre/tutor *Aclaración*

....
Firma de la madre/padre/tutor *Aclaración*