

• DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: ESCUELA DE ARTES Y OFICIOS DON ORIONE Estatal
 Número: 8372 Distrito: TIGRE Privado

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

NIVEL: EPB **AÑO:** 1 2 3 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:**
 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 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): ¿Tiene computadora en el hogar?
 ¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel jardín de infantes? NO SÍ ¿Recibe apoyo escolar? 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 <input type="checkbox"/>	Trabajo temporario <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de instrucción de la madre: (Marque el último nivel alcanzado)
 Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
 ¿Vive? SÍ NO → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
Localidad: **Código Postal:** **Teléfono:**

Apellido/s del **PADRE:** Nombres:
 Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo temporario <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de instrucción del padre: (Marque el último nivel alcanzado)
 Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
 ¿Vive? SÍ NO → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
Localidad: **Código Postal:** **Teléfono:**

Apellido/s del **TUTOR/RESPONS.:** Nombres:
 Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo temporario <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

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:**

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:

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 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

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha/...../..... Anual SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha/...../..... Anual SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ 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 al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción:/...../.....

.....
Firma del responsable

.....
Aclaración

.....
Firma del Director