



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: Escuela de Educación Secundaria Técnica Raúl Scalabrini Ortiz

Estatal

Número: 1..... Distrito: La Costa.....

Privado

INSCRIPCIÓN

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

NIVEL: ESBT AÑO: 1 2 3 4 5 6

TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde Alternativa Doble Escolaridad Jornada Completa Vespertino

DATOS DEL ALUMNO/A:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Tramite 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 concurre a otro establecimiento)

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatal

Nombre del Establecimiento: Nro: Privado

Condición del alumno en la inscripción actual: Repitente Re inscripto 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 habitantes 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:

CONDICION DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <input type="checkbox"/>	Changas/ jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Jubilado/ pensionado <input type="checkbox"/>	Estudiantes <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapitado <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---	---	---	---	--------------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

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

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado

Completo Incompleto Hasta año/grado:.....

¿Vive? NO SI

Tipo Doc: N° Doc: Estado Doc: Bueno Malo En Tramite No posee

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

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s de la **PADRE**:.....Nombres:

Nacionalidad:..... Profesión u ocupación:.....

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo	Trabajo	Changas/	No trabaja	Ama de	Jubilado/			
	Permanente <input type="checkbox"/>	Temporal <input type="checkbox"/>	jornalero <input type="checkbox"/>	y busca <input type="checkbox"/>	casa <input type="checkbox"/>	Estudiantes <input type="checkbox"/>	pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>

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

Completo <input type="radio"/>	Incompleto <input type="radio"/>
Hasta año/grado:.....	

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado

¿Vive? SI NO

→ Tipo Doc:N° Doc:Estado Doc: Bueno Malo En Tramite No posee

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

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s de la **TUTOR/RESPONS**:.....Nombres:

Vinculo / Parentesco con el alumno:.....Nacionalidad:..... Profesión u ocupación:.....

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo	Trabajo	Changas/	No trabaja	Ama de	Jubilado/			
	Permanente <input type="checkbox"/>	Temporal <input type="checkbox"/>	jornalero <input type="checkbox"/>	y busca <input type="checkbox"/>	casa <input type="checkbox"/>	Estudiantes <input type="checkbox"/>	pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>

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

Completo <input type="radio"/>	Incompleto <input type="radio"/>
Hasta año/grado:.....	

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado

¿Vive? SI NO

→ Tipo Doc:N° Doc:Estado Doc: Bueno Malo En Tramite 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: Vinculo / Parentesco con el alumno:

INFORMACION 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 ALGÚN TIPO DE ALERGIA?**SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe ¿Recibiste tratamiento permanente? SI NO **TRATAMIENTOS:**¿Recibiste 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 VACUNACION: 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 decimo)
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

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha: / / Anual SI NO ¿Hay cambios? SI 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 maneta fehaciente.*

Fecha de Inscripción: ____/____/____

Firma del responsable

Aclaración