

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: SAN JOSE Estatal
 Número: DIEGEP 537 Distrito: SAN ISIDRO Privado

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

NIVEL: EP **AÑO:** 1 2 3 4 5 6
NIVEL INICIAL: SALA DE 3 SALA DE 4 SALA DE 5

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? NO SÍ → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

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

Localidad: Código Postal: Teléfono:
 e-mail: **CELULAR:**

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? NO SÍ → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

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

Localidad: Código Postal: Teléfono:
 E-mail: **CELULAR:**

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: **telefono**

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:

REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE



Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario:

- | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|---|----------------------------|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DMC:
Desayuno /
Merienda
Completa | Copa de
Leche
Simple | Copa de
Leche
Reforzada
Simple | Comedor
Simple y
DMC | Comedor
Simple y
Copa de
Leche
Simple | Comedor
Simple y
Copa de
Leche
Doble | Comedor
Simple,
DMC y Copa
de Leche
Simple | Comedor
Doble y
Copa de
Leche
Doble | Comedor
Doble, DMC
y Copa de
Leche
Simple |

- Prestaciones válidas para nivel Post Primario
- Simple
- Doble
- Completa

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