

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial 4045PP0220 CUE 060162800
Nombre Escuela Primaria Hölters N° 0220 Distrito 045
SECTOR DE GESTION: Estatal Privado Municipal Nacional Otro

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete solo 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 PRIMARIO AÑO 1 2 3 4 5 6

TURNO SOLICITADO Mañana Tarde Alternado JORNADA Simple Completa Doble escolaridad

CONDICION DEL ALUMNO Ingresante En Período Extendido de Enseñanza
EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL Reinscripto Promovido en Sistema de Promoción Acompañada
(Marque sólo una opción) Promovido Consignar área pendiente _____
 Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Asistió a la Sala de 5 años en el Jardín de Infantes? SI NO
¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? SI NO

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 para Judicializados
Medio de transporte que lo acerca al establecimiento
 A pie Omnibus Auto particular Taxi/Remís Otro

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

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? _____

| | |
|---------------------------------|--|
| 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 <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <small>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</small> |
| | DETERMINACION DE Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo) Fecha de la determinación _____ / _____ / _____ |

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

| | |
|-------------------|---|
| RECURRIR A | Institución _____ Domicilio _____ Teléfono _____ |
| MEDICO | Apellido/s _____ Nombre/s _____ Domicilio _____ Teléfono _____ |
| FAMILIAR | 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 _____ | | |

REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE

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

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> DMC: Desayuno / Merienda Completa | Prestaciones válidas para nivel Post Primario <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> 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 el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____ Firma del responsable _____ Aclaración _____ Firma del Director _____