



**DATOS ESTUDIANTE**

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:     /     /

¿Posee DNI argentino?     SI, y tiene el DNI físico             SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite

SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite     NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: \_\_\_\_\_ CUIL:    -            -

Si respondió que NO tiene DNI argentino:    ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?     SI     NO

¿Posee documento extranjero?     SI, tipo de doc.:            N°:             NO

Identidad de género:     Mujer     Mujer trans / travesti     Varón     Varón trans / masculinidad trans

No binario     Otra     No desea responder

Lugar de nacimiento:     En Argentina     En el extranjero            Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Solo para quienes marcaron Argentina:    Provincia:     Buenos Aires     Otra (especificar): \_\_\_\_\_

Solo para quienes marcaron Buenos Aires:    Distrito: \_\_\_\_\_            Localidad: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**    Calle: \_\_\_\_\_            N°: \_\_\_\_\_            Piso: \_\_\_\_\_            Torre: \_\_\_\_\_            Depto: \_\_\_\_\_

Entre calle: \_\_\_\_\_            y calle: \_\_\_\_\_            Otro dato: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_            Distrito: \_\_\_\_\_            Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (cód. área: \_\_\_\_\_ )            Teléfono celular: (cód. área: \_\_\_\_\_ )

**OTROS DATOS**

Hermanas o hermanos:     SI    Cantidad: \_\_\_\_\_            Cantidad que asiste a este establecimiento: \_\_\_\_\_

NO tiene hermanas o hermanos

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?     SI     NO

En caso afirmativo:    Lengua/s indígena/s:     SI     NO            Otra/s lengua/s:     SI     NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?     SI     NO

¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?     SI     NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

A pie/Bicicleta     Transporte escolar DGCyE     Colectivo     Tren     Vehículo particular     Taxi/Remis     Otro

**INFORMACIÓN DE SALUD**

¿Posee obra social?     SI     NO    En caso afirmativo:    Obra social: \_\_\_\_\_            N° Afiliado: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD**

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

|                                    | SI                       | NO                       |  | SI                       | NO                       |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Asma / Broncoespasmos a repetición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta o no funcionamiento de algún órgano                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Celiaquía                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad oncohematológica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas / Condiciones cardíacas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial elevada           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro problema en los huesos o articulaciones                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones sanguíneas            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de piel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quemaduras moderadas o severas     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

|                          | SI                       | NO                       |   | SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Desmayos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor fuerte en el pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Palpitaciones   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar durante o después de la actividad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

|  | SI                       | NO                       | ¿Cuántas veces? | Indique la/s causa/s o diagnóstico/s |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Internación en sala común                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |                                      |
| Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |                                      |

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave?  SI  NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

|              | SI                       | NO                       | ¿Requirió internación?                                  | SI                                       | NO                       | ¿Requirió internación?   | SI  | NO |
|--------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|---|----|
| Medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Picaduras de Insectos                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |    |
| Vacunas      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |    |
| Alimentos    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Otras                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |    |

¿Tiene disminución auditiva?  SI  NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos?  SI  NO

¿Tiene disminución visual?  SI  NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes?  SI  NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación?  SI  NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación?  SI  NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

¿en qué año?

## ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

|   | SI                       | NO                       |             | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Celiaquía   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: **Gral. San Martín**

Sector de gestión:  Estatal  Privado

Nombre escuela: **Instituto Ballester**

Nº: **211**

A completar por el establecimiento: Clave provincial: **4045PP0211**

CUE: **061147600**

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País:  Argentina  Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia:  Buenos Aires  Otra (especificar):

Distrito:

Nivel/Modalidad:

Sector de gestión:  Estatal  Privado

Dependencia:  Oficial  Municipal  Nacional  Privada  Otros organismos

Nombre escuela:

Nº:

## INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: Año:  1  2  3  4  5  6

Turno solicitado:  Mañana  Tarde

Jornada:  Simple  Extendida  Completa / Doble escolaridad

**CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL** (Marcar solo una opción) Ingresante al Nivel  Reinscripta / Reinscripto  Promovida/Promovido En Período Extendido de Enseñanza  Repitente Promovida/Promovido en Sistema de Promoción Acompañada. Consignar área/s pendiente/s:**TRAYECTORIA EDUCATIVA**¿Asistió a jardín de infantes?  SI, desde sala de 3 años  SI, desde sala de 4 años  SI, solo a sala de 5 años  NO**INCLUSIÓN**¿Cursa con proyecto de inclusión?  SI  NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

 Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión¿Cursa con acompañante asistente externo?  SI  NO**EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA**

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC):  SI  NO .....Centro de Educación Física (CEF):  SI  NO .....Escuela de Educación Estética:  SI  NO .....**SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR**

En caso de que la institución cuente con el servicio: .....

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar? .....

 Comedor  Desayuno y Merienda**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1**Vínculo con estudiante:  Madre  Padre  Tutor  Tutora  Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino?  SI, y tiene el DNI físico  SI, pero NO tiene el DNI físico  NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?  SI  NO¿Posee documento extranjero?  SI, tipo de doc.: N°:  NOProfesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo?  SI  NOEn caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Superior  Superior Universitario  Posgrado¿Completó ese nivel?  SI  NO**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**

(Marcar todas las opciones que correspondan)

 Estudia  Trabaja  Busca trabajo  Realiza tareas de cuidado no pagas  Recibe jubilación o pensión**DOMICILIO** Convive con la o el estudiante:  SI  NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área: ) Teléfono celular: (cód. área: )

Correo electrónico:

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante:  Madre  Padre  Tutor  Tutora  Otro

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

¿Posee DNI argentino?  SI, y tiene el DNI físico  SI, pero NO tiene el DNI físico  NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: \_\_\_\_\_

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?  SI  NO

¿Posee documento extranjero?  SI, tipo de doc.: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  NO

Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educativo?  SI  NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Superior  Superior Universitario  Posgrado

¿Completó ese nivel?  SI  NO

## CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia  Trabaja  Busca trabajo  Realiza tareas de cuidado no pagas  Recibe jubilación o pensión

**DOMICILIO** Convive con la o el estudiante:  SI  NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Torre: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Entre calle: \_\_\_\_\_ y calle: \_\_\_\_\_ Otro dato: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (cód. área: \_\_\_\_\_) Teléfono celular: (cód. área: \_\_\_\_\_)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo de doc: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Describa restricción: \_\_\_\_\_

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

## A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: \_\_\_\_\_ N° de Matriz: \_\_\_\_\_ N° de Folio: \_\_\_\_\_

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma Directora o Director: \_\_\_\_\_