

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial 4109PP0597 CUE 060958000 A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO
Nombre INSTITUTO BALLESTER N° 0597 Distrito VICENTE LÓPEZ
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

INSCRIPCION

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 EN LA INSCRIPCION ACTUAL (Marque sólo una opción)
☐ Ingresante ☐ En Período Extendido de Enseñanza
☐ Reinscripto ☐ Promovido en Sistema de Promoción Acompañada
☐ 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?

¿Nivel más alto que cursó?

¿Completó ese nivel?

Vive

SI

NO

SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc.

Nº

Si no posee documento indicar

En Trámite

No Tiene Doc.

DOMICILIO

Calle

Nº

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?

¿Nivel más alto que cursó?

¿Completó ese nivel?

Vive

SI

NO

SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc.

Nº

Si no posee documento indicar

En Trámite

No Tiene Doc.

DOMICILIO

Calle

Nº

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?

¿Nivel más alto que cursó?

¿Completó ese nivel?

Tipo de Doc.

Nº

Si no posee documento indicar

En Trámite

No Tiene Doc.

DOMICILIO

Calle

Nº

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.

Nº

Vínculo/Parentesco con el alumno

Apellido/s

Nombre/s

Tipo de Doc.

Nº

Vínculo/Parentesco con el alumno

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s

Nombre/s

Tipo de Doc.

Nº

Restricción



INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social _____ Nº 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
de acuerdo a su cumplimiento

tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2

☐ VACUNACION COMPLETA

☐ INCOMPLETA

☐ SIN DATOS

En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

DETERMINACION DE

Fecha de la determinación

Talla (en centímetros)

_____ / _____ / _____

Peso

Kgrs. (con 1 décimo)

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 ☐ 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 _____

REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE

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

☐ Comedor

☐ DMC: Desayuno / Merienda Completa

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 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