



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA 3º AÑO (Elección Modalidad) CICLO LECTIVO 2022

Datos Instituc.	NIVEL DE EDUCACIÓN: SECUNDARIO/ESPECIALIDAD (Opción 1): ESPECIALIDAD (Opción 2): MATERIAS ADEUDADAS:..... REPITE: SI /NO ESCUELA DE PROCEDENCIA:..... ¿RECIBÍÓ ATENCIÓN DOMICILIARIA/HOSPITALARIA EL AÑO ANTERIOR? SI /NO ¿PROGRAMA VUELVO A ESTUDIAR? SI /NO
DATOS ALUMNO	APELLIDO Y NOMBRES DEL ALUMNO:..... TIPO Y Nº DOC.: LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... NACIONALIDAD:..... TELÉFONO:..... DOMICILIO:..... BARRIO:..... LOCALIDAD:..... ¿PUEBLO ORIGINARIO? SI/NO ¿HIJO DE EX COMBATIENTES? SI/NO ¿RECIBE ASIGNACIONES? SI/NO MAIL:..... ¿POSEE DISCAPACIDAD? SI/NO..... ¿ESTÁ INTEGRADO CON ESCUELA ESPECIAL? SI/NO ¿CUAL?..... ¿POSEE RESTRICCIÓN JUDICIAL DE ACERCAMIENTO DE ALGUNA PERSONA? SI / NO..... EN CASO AFIRMATIVO: ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN SI/NO PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO: Apellido y nombre: DNI Nº..... / Apellido y nombre: DNI: ACTIVIDAS EXTRAESCOLARES: IDIOMAS SI/NO..... -- MÚSICA SI / NO..... -- TEATRO SI/NO..... -- DEPORTE SI/NO: -- OTROS SI/NO:.....
DATOS PADRE	APELLIDO Y NOMBRES DEL PADRE: NACIONALIDAD: TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:..... LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... ESTADO CIVIL: DOMICILIO: BARRIO:..... MAIL:..... MÁXIMO NIVEL DE EDUCACIÓN: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Terciario <input type="checkbox"/> Universitario ¿Completó ese nivel? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO TELÉFONO: CUIL: PROFESIÓN U OCUPACIÓN: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> Sólo Trabaja <input type="checkbox"/> Trabaja y Estudia <input type="checkbox"/> Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión <input type="checkbox"/> Sólo Busca Trabajo <input type="checkbox"/> Sólo Estudia <input type="checkbox"/> Busca Trabajo y Estudia <input type="checkbox"/> Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Otro LUGAR DE TRABAJO: DIRECCIÓN: TE:
DATOS MADRE	APELLIDO Y NOMBRES DE LA MADRE: NACIONALIDAD: TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:...../...../..... ESTADO CIVIL: DOMICILIO: BARRIO..... MAIL:..... MÁXIMO NIVEL DE EDUCACIÓN: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Terciario <input type="checkbox"/> Universitario ¿Completó ese nivel? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO TELÉFONO: CUIL: PROFESIÓN U OCUPACIÓN: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> Sólo Trabaja <input type="checkbox"/> Trabaja y Estudia <input type="checkbox"/> Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión <input type="checkbox"/> Sólo Busca Trabajo <input type="checkbox"/> Sólo Estudia <input type="checkbox"/> Busca Trabajo y Estudia <input type="checkbox"/> Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Otro LUGAR DE TRABAJO: DIRECCIÓN: TE:
DATOS TUTOR	APELLIDO Y NOMBRES DEL TUTOR (solo en caso de tutoría legal):..... NACIONALIDAD: TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... ESTADO CIVIL: DOMICILIO: BARRIO..... MAIL:..... MÁXIMO NIVEL DE EDUCACIÓN: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Terciario <input type="checkbox"/> Universitario ¿Completó ese nivel? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO TELÉFONO: CUIL: PROFESIÓN U OCUPACIÓN: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> Sólo Trabaja <input type="checkbox"/> Trabaja y Estudia <input type="checkbox"/> Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión <input type="checkbox"/> Sólo Busca Trabajo <input type="checkbox"/> Sólo Estudia <input type="checkbox"/> Busca Trabajo y Estudia <input type="checkbox"/> Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Otro LUGAR DE TRABAJO: DIRECCIÓN: TE:
	IMPORTANTE: Deberá consignarse el nombre, apellido, vínculo y teléfono de una tercera persona con quién la escuela pueda comunicarse en caso de no poder hacerlo con el padre, madre o tutor..... DNI..... Teléfono:.....
Obra Social/ Emergencias	DETALLAR OBRA SOCIAL: SERVICIOS DE EMERGENCIAS:..... EN CASO DE TRASLADO A UN SANATORIO/CLÍNICA/HOSPITAL, CONSIGNAR A CUÁL
Cooperadora	DOMICILIO DE COBRO COOPERADORA:..... BARRIO:..... DÍA/S Y HORARIO/S DE COBRO:.....

Firma del Alumno

Firma y aclaración del Padre, Madre o Tutor

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA: FICHA MÉDICA Y CERTIFICADO BUCODENTAL: SI/NO

Fecha Matriculación: Recibió: