

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE**

Clave Provincial 4030PP0165 CUE 0608912-00 ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO  
Nombre NUESTRA SEÑORA DE MONTE GRANDE N° 165 Distrito ESTEBAN ECHEVERRÍA  
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 EN LA INSCRIPCIÓN 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?  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 \_\_\_\_\_ 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**

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  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