



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	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

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

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿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	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿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?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ 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	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado
Nombre escuela:	Nº:
A completar por el establecimiento:	Clave provincial:
	CUE:

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 (edad al 30/06 del año lectivo de inscripción):

45 días a 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
☐	☐	☐	☐	☐	☐
Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche					
Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad					

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)☐ Ingresante al Nivel ☐ Regular ☐ Reinscripta / Reinscripto**TRAYECTORIA EDUCATIVA**Solo para estudiantes de 3 a 5 años de edad: ¿Asistió a Jardín Maternal? ☐ SI ☐ 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 ☐ NOCentro de Educación Física (CEF): ☐ 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°: ☐ NO

Profesión 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 2Vínculo 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:

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: