



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: Escuela de cerámica Rogelio Yrurtia

Numero: 0003 Distrito: Gral Pueyrredon

Estatat ☐
Privado ☐

INSCRIPCION EL ALUMNO SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL:

Formación básica N: Profesorado en Cerámica: Tecnicatura en Joyería:

Formación básica adolescentes: Tecnicatura en Metales: Tecnicatura en Mosaico:

Formación básica 4ta sección: Tecnicatura en Vitral: Tecnicatura en Cerámica:

DATOS DEL ALUMNO/A:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Documento: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Apellido/s : Nombres:

Sexo: Fecha de Nacimiento: / / Lugar de Nacimiento: Nacionalidad:

Domicilio - Calle: N°: Piso: Dpto: Torre:

Localidad: Codigo Postal: Telefono: Cel:

N° Legajo: N° Libro Matriz: N° Folio :

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA: (Complete Solamente si el año pasado o este año el alumno concurreo a otro Establecimiento)

Jurisdiccion/Provincia: Distrito: Rama/Nivel:

Nombre del establecimiento: N°:

Condicion del alumno en la inscripcion actual: Reinscripcion ☐ Ingresante ☐

DATOS DE LA MADRE, PADRE Y / O RESPONSABLE DEL ALUMNO / A (Completar si es menor de 21 Años)

Apellido/s de la Madre: Nombres:

Nacionalidad: Profesion u ocupacion:

CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporario ☐ Changas Jornalero ☐ No Trabaja y Busca ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐ Desocupado ☐ Otros ☐

Nivel de instruccion de la Madre: (Marque el ultimo nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐

Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año / grado:

¿Vive? SI ☐ NO ☐

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: N° Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Codigo Postal: Telefono: Cel:

Apellido/s del Padre: Nombres:

Nacionalidad: Profesion u ocupacion:

CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporario ☐ Changas Jornalero ☐ No Trabaja y Busca ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐ Desocupado ☐ Otros ☐

Nivel de instruccion del Padre: (Marque el ultimo nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐

Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año / grado:

¿Vive? SI ☐ NO ☐

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: N° Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Codigo Postal: Telefono: Cel:

Apellido/s de la TUTOR / RESPONSABLE: Nombres:

Nacionalidad: Profesion u ocupacion:

CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporario ☐ Changas Jornalero ☐ No Trabaja y Busca ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐ Desocupado ☐ Otros ☐

Nivel de instruccion del Tutor - Responsable: (Marque el ultimo nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐

Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año / grado:

¿Vive? SI ☐ NO ☐

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: N° Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Codigo Postal: Telefono: Cel:

JEFE DE HOGAR: Madre ☐ Padre ☐ Tutor / Responsable ☐

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/ s : _____ Nombres: _____ Tipo y N° Doc: _____.

Vinculo / Parentesco con el alumno: _____.

INFORMACION DE SALUD

Obra Social: _____ N° de Afiliado : _____.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periodicamente tratamiento o control médico?
SI ☐ NO ☐ ¿Cual?_____
¿Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?
SI ☐ NO ☐ ¿Por que?: _____.

¿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: _____
Quirurgicos: SI ☐ NO ☐ Edad: _____ Tipo de Cirugia:_____
¿Presenta alguna limitacion fisica?: SI ☐ NO ☐ Aclaracion: _____
Otros Problemas de Salud: _____.

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de vacunacion y la Guia de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento
VACUNACION: COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐ SIN DATOS ☐
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica
DETERMINACION DE: Talla (en centimetros)_____ Peso:_____ Kgrs. (Con 1 décimo)
Fecha de determinacion: ____ / ____ / ____.

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA:
Recurrir a: Institucion: _____
Domicilo: _____ Telefono: _____.

MEDICO

Apellido: _____ Nombre: _____
Domicilio:_____ Telefono: _____.

FAMILIAR

Apellido: _____ Nombre: _____
Domicilio:_____ Telefono: _____.

ACTUALIZACIONES:
Fecha: ____ / ____ / ____ Anual: SI ☐ NO ☐ ¿ Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describe los cambios de salud del alumno: _____.

ACTUALIZACIONES:
Fecha: ____ / ____ / ____ Anual: SI ☐ NO ☐ ¿ Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describe los cambios de salud del alumno: _____.

ACTUALIZACIONES:
Fecha: ____ / ____ / ____ Anual: SI ☐ NO ☐ ¿ Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describe los cambios de salud del alumno: _____.

Incorporar Constancia de Restriccion Judicial para retirar al alumno del establecimiento.

La totalidad de los datos e informacion suministrada por quien suscribe la presente tiene caracter de Declaracion Jurada.
El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificacion de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripcion: ____ / ____ / ____

Firma del responsable

Aclaracion _____.