

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
EDUCACIÓN SECUNDARIA**

CICLO LECTIVO: 2018

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ESCUELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA N° 9
Prof. "Roberto Giusti"

Juncal 1951 Martínez – San Isidro - Telefax: 4-717-0448 – RPV: 7 6 612
www.secundaria9rg.edu.ar - email: secundaria9rg@secundaria9rg.edu.ar



DATOS DEL ALUMNO/A. DNI.: Sexo:

Apellido/s: Nombre/s:

Fecha de Nac.:/...../..... Lugar de Nacimiento: Nacionalidad:

Domicilio – Calle y N°:

Piso: Dpto: Torre: Localidad: Código postal:

Teléfono/s:

DATOS DE LA MADRE DNI.: Nacionalidad:

Apellido/s: Nombre/s:

¿Vive? ☒ NO ☐ SI ☐ Fecha de Nac.:/...../..... Lugar de Nacimiento:

Domicilio – Calle y N°:

Piso: Dpto: Torre: Localidad: Código postal:

Teléfono/s:

DATOS DEL PADRE DNI.: Nacionalidad:

Apellido/s: Nombre/s:

¿Vive? ☒ NO ☐ SI ☐ Fecha de Nac.:/...../..... Lugar de Nacimiento:

Domicilio – Calle y N°:

Piso: Dpto: Torre: Localidad: Código postal:

Teléfono/s:

TUTOR / RESPONSABLE DNI.: Nacionalidad:

Apellido/s: Nombre/s:

Domicilio – Calle y N°:

Piso: Dpto: Torre: Localidad: Código postal:

Teléfono/s:

INFORMACIÓN DE SALUD. - Antecedentes de Enfermedad:

¿Tiene alguna enfermedad o trastorno que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI ☐ NO ☐ ¿Por qué?.....

.....

.....

.....

Durante los últimos 3 años ¿fue internado alguna vez?

SI ☐ NO ☐ ¿Por qué?.....

.....

.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

.....

La alergia se debe a

..... No sabe ☐

¿Recibe tratamiento? SI ☐ NO ☐

¿Recibe algún otro tipo de tratamiento? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, especifique cuál:

.....

¿Tuvo alguna intervención quirúrgica? SI ☐ NO ☐ Tipo de cirugía:

.....

¿Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

.....

Otros problemas de salud:

.....

IMPORTANTE: se deja aclarado que ante cualquier caso de emergencia médica la escuela solicitará el servicio de la Municipalidad de San Isidro, y se informará de inmediato a la familia.

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 al establecimiento educativo cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha:/...../.....

Firma del Adulto responsable:

Aclaración: