

Se solicita completar esta ficha (Declaración Jurada) con letra clara sin tachaduras ni enmiendas.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial **0096MS0009** CUE **061230400** ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO
 Nombre **Escuela de Educación Secundaria N° 9 "Roberto Giusti"** N° **009** Distrito **San Isidro**
 SECTOR DE GESTIÓN: Estatal Privado Municipal

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete sólo 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 GESTIÓN: Estatal Privado Municipal Nacional Otro

INSCRIPCIÓN

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL SECUNDARIO Ciclo Básico CESAJ Ciclo Superior Orientación _____ ← INDICAR ORIENTACIÓN
AÑO 1 2 3 4 5 6
TURNO Mañana Tarde Noche Vespertino Intermedio
JORNADA Simple Completa Extendida Doble Escolaridad

CONDICIÓN DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL Ingresante Reinscripto Promovido Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Es alumno con pase? SI NO
 ¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? SI NO

PARA INSCRIPCIÓN EN ITINERARIO FORMATIVO O SISTEMA DUAL

Inscripción en un Itinerario Formativo Inscripción en Sistema Dual

Establecimiento donde está inscripto en el Ciclo Superior Orientado

En este establecimiento
 En otro establecimiento Nombre _____ N° _____
 Distrito _____ CUE _____ ← A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ALUMNO

Por favor letra CLARA y sin tachaduras ni enmiendas.

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 Judicializadas
 Medio de transporte que lo acerca al establecimiento
 A pie Omnibus Auto particular Taxi/Remís Otro
CONTESTAN ALUMNOS DE 14 AÑOS Y MÁS
 Tiene hijos menores de 3 años SI NO Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales SI NO

DATOS DE LA MADRE**Por favor letra CLARA y sin tachaduras ni enmiendas.**

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**Por favor letra CLARA y sin tachaduras ni enmiendas.**

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**Por favor letra CLARA y sin tachaduras ni enmiendas.**

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**Por favor letra CLARA y sin tachaduras ni enmiendas.**

(Alumnos menores de 18 años)

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 _____

Aquí no se completa con datos del padre o de la madre sino de otras personas que ellos autoricen. Sólo en casos de alumnos menores de edad.

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 ALERGIAS? 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 _____

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 _____