



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
 PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
 Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
 Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
 Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



SOLICITUD DE RESERVA DE VACANTE - ALUMNOS INGRESANTES - AÑO 2019

- Los datos consignados en este formulario son considerados completamente fidedignos.
- El derecho de admisión es unilateral. La institución se reserva el derecho de admitir o no admitir alumnos.
- El enviar esta Solicitud no implica ser aceptado automáticamente, ya que para serlo deberá recibir la respuesta afirmativa de parte de la Comisión de Admisión.
- Si los datos informados en la presente Solicitud fuesen modificados, deben ser notificados fehacientemente y en forma inmediata a instituto.iab@educacionadventista.org.ar

REQUISITOS

Adjunte TODAS las HOJAS y DOCUMENTOS que se indican en esta Solicitud:

- 1 - Ficha de Adultos Responsables 2019 (pág.1)
- 2 - Reglamento de Reserva de Vacante 2019 (pág. 2)
- 3 - Ideario Institucional 2019 (pág. 3)
- 4 - Información de Salud (pág. 4 a 6)
- 5 - Ficha de Perfil de Conducta (pág. 7)
- 6 - Recomendación (pág. 8 o 10, según sea adventista o no adventista)
- 7 - Sólo para adventistas: Solicitud de arancel preferencial (pág. 9)
- 8 - Fotocopia del último boletín de calificaciones
- 9 - Libre deuda (si proviene de una institución educativa privada)

Envíe TODA la información a instituto.iab@educacionadventista.org.ar

Uso institucional

Fecha de recepción Informe de la comisión

Fecha de comisión Admitido No admitido

Fecha de respuesta

Observaciones:.....

Completar preferentemente en forma digital o con letra claramente legible cada uno de los campos solicitados

1 - DATOS DEL ALUMNO

FOTO
RECIENTE
del alumno
solicitante

Apellidos (como figura en el DNI):.....

Nombres (como figura en el DNI):.....

DNI: C.U.I.L: Fecha de nacimiento:/...../..... Edad:

Nacionalidad:..... Sexo: Masculino Femenino

¿Tiene algún hermano/a en el IAB? SI NO Religión que profesa: (para fines estadísticos).....

Si es Adventista del 7° Día indique si es bautizado: SI NO Iglesia a la que asiste:.....

Domicilio: Calle:..... Número:..... Piso: Depto.:

Barrio: Localidad: CP: Partido o Departamento:

Provincia: País: Dirección de E-mail:

Número de teléfono celular: Dirección de perfil en Facebook y/u otra red social:

2 - INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la institución educativa de la que proviene:.....

Domicilio: Calle: Número: Código Postal:

Localidad: Provincia: Teléfono:

Último año o curso: ¿Cuándo?..... Completo Incompleto Teniendo en cuenta que el plan educativo de la provincia de Buenos Aires abarca 6 años de escolaridad primaria y 6 años de escolaridad secundaria, indique a qué curso ingresará:

Modalidad:

¿Tiene asignaturas pendientes? SI NO

Indique cuáles:

Ciclo básico: 1° año 2° año 3° año

Ciclo orientado en Ciencias Sociales: 4° año 5° año 6° año

Enviar con esta solicitud la fotocopia del último boletín, un informe socio-educativo y/o la "Ficha de Perfil de Conducta" que se indica en un anexo.

3 - VIDA ESTUDIANTIL

- Solicita vivir en las residencias estudiantiles y participar del Centro de Formación Profesional (taller de aprendizaje manual que integra la propuesta educativa integral del IAB) Es hijo/a del personal del IAB Otro:.....

4 - ACADEMIAS EXTRA CLASES

Indique si tiene interés en participar de alguna de las siguientes academias extraclases:

- Música: Piano Saxo Clarinete Guitarra Violín Flauta travesa Canto
- Deportes: Vóleybol (masculino y femenino) Básquetbol (masculino y femenino) Hándbol (masculino y femenino) Fútbol (masculino) Fitness (femenino)
- Gimnasia artística Otro: Inglés

5 - DATOS DE LOS RESPONSABLES PARENTALES

IMPORTANTE: Si los datos informados en la presente solicitud fuesen modificados, deben ser notificados fehacientemente y en forma inmediata a la Institución

Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Relación con el alumno: Madre <input type="checkbox"/> Tutora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Apellidos:	Apellidos:
Nombres:	Nombres:
Nacionalidad:	Nacionalidad:
DNI: Fecha de nacimiento:/...../.....	DNI: Fecha de nacimiento:/...../.....
Ocupación:	Ocupación:
Estado civil: Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Estado civil: Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
¿Vive junto con el alumno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Religión: <small>(para fines estadísticos)</small>	¿Vive junto con el alumno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Religión: <small>(para fines estadísticos)</small>
Si es Adventista del 7° Día indique si es bautizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si es Adventista del 7° Día indique si es bautizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Iglesia a la que asiste:	Iglesia a la que asiste:
Nivel de instrucción: Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>	Nivel de instrucción: Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>
E-mail:	E-mail:
Teléfono fijo:	Teléfono fijo:
Teléfono celular:	Teléfono celular:
<u>Dirección (Completar solamente si es diferente a la del alumno)</u>	<u>Dirección (Completar solamente si es diferente a la del alumno)</u>
Calle: N°: CP:	Calle: N°: CP:
Localidad: Partido:	Localidad: Partido:
Provincia: País:	Provincia: País:

6 - DATOS DEL RESPONSABLE FINANCIERO

Marque la opción que corresponda. Solamente si marca OTRO, complete los datos indicados abajo.

PADRE MADRE OTRO Indique la relación que tiene con el alumno:

Apellidos y nombres: DNI:

Fecha de nacimiento:/...../..... Ocupación: Religión que profesa(para fines estadísticos):

Si es Adventista del 7° Día indique si es bautizado: SI NO Iglesia a la que asiste:

Nivel de instrucción: Primario Secundario Universitario

E-mail: Teléfono fijo: Teléfono celular:

Calle: N°: Piso: Depto.: CP: Localidad:

Partido o Departamento: Provincia: País:

7 - RECOMENDACIÓN

Indicar cómo conocieron el IAB: Alumno Ex alumno Amigo Visita del IAB Página web Iglesia

Otra Explique:

Comente brevemente por qué desea ser alumno del IAB:

- Para jóvenes pertenecientes a la iglesia adventista: Adjuntar la "Ficha de Recomendación" que debe estar firmada por el pastor y/o primer anciano de la iglesia y la secretaria, indicando el número de voto de recomendación de la Junta de Iglesia. (pág. 8)
- Para jóvenes que no pertenecen a la iglesia adventista: Adjuntar la "Ficha de Recomendación" para alumnos no adventistas. (pág. 10)

REQUISITOS: 1- Recibir respuesta favorable a esta solicitud 2- Pagar la reserva de vacante 3- Presentar la documentación requerida

Aclaración: "El derecho de admisión es unilateral. La Institución se reserva el derecho de admitir o no admitir alumnos inscriptos y/o matriculados en años anteriores"

Aspectos que se evaluarán en la reserva: 1- Rendimiento escolar 2-Conducta 3-Identificación con el ideario institucional 4- Cumplimiento de normas administrativas -pago en término, estado de deuda por aranceles, etc. 5- Colaboración en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la familia

8 - COMPROMISO

Hacemos constar que nuestra firma y datos consignados en este formulario son fidedignos y nos responsabilizamos a cancelar mensualmente el arancel correspondiente a los servicios educativos brindados. Nuestro hijo/a si fuere aceptado como alumno/a se compromete a observar y mantener en alto las normas e ideales expresados en el Manual de Acuerdos de Convivencia y Disciplina del instituto y toda otra norma que emane de las autoridades de la institución.

Firma del responsable parental

Firma del/a alumno/a

Firma del responsable financiero

Aclaración del responsable parental

Aclaración del/a alumno/a

Aclaración del responsable financiero



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



1 - FICHA DE ADULTOS RESPONSABLES - AÑO 2019

Indicar a continuación todos los adultos responsables del alumno (madre/padre y/o adultos con los que convive/n el/los alumno/s, ya sea a tiempo completo o parcial.

Adulto responsable 1

Apellido:..... Nombre/s:.....

DNI:..... Relación con el alumno (madre/padre/abuelo/conviviente/etc.):.....

Convive con el alumno: SI NO Parcialmente

Constituye domicilio:

Constituye correo electrónico:

Constituye teléfono: Constituye celular:.....

Manifiesto haber tomado conocimiento y aceptar las condiciones del servicio educativo.

FIRMA

Adulto responsable 2

Apellido:..... Nombre/s:.....

DNI:..... Relación con el alumno (madre/padre/abuelo/conviviente/etc.):.....

Convive con el alumno: SI NO Parcialmente

Constituye domicilio:

Constituye correo electrónico:

Constituye teléfono: Constituye celular:.....

Manifiesto haber tomado conocimiento y aceptar las condiciones del servicio educativo.

FIRMA

Adulto responsable 3

Apellido:..... Nombre/s:.....

DNI:..... Relación con el alumno (madre/padre/abuelo/conviviente/etc.):.....

Convive con el alumno: SI NO Parcialmente

Constituye domicilio:

Constituye correo electrónico:

Constituye teléfono: Constituye celular:.....

Manifiesto haber tomado conocimiento y aceptar las condiciones del servicio educativo.

FIRMA

Adulto responsable 4

Apellido:..... Nombre/s:.....

DNI:..... Relación con el alumno (madre/padre/abuelo/conviviente/etc.):.....

Convive con el alumno: SI NO Parcialmente

Constituye domicilio:

Constituye correo electrónico:

Constituye teléfono: Constituye celular:.....

Manifiesto haber tomado conocimiento y aceptar las condiciones del servicio educativo.

FIRMA



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



2 - REGLAMENTO DE RESERVA DE VACANTE 2019

Apellido y nombre del alumno:

Curso en 2019: año

- 1) El establecimiento se reserva el derecho de admisión de alumnos, aún en los casos en que los mismos se encuentren inscriptos y/o matriculados en años anteriores.
- 2) Sin perjuicio de otros que corresponderá ser tenidos en cuenta en su oportunidad, se considerarán especialmente para evaluar el otorgamiento de la Reserva de Vacante los siguientes requisitos: a) RENDIMIENTO ESCOLAR; b) CONDUCTA OBSERVADA; c) IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO Y GRUPO FAMILIAR AL IDEARIO INSTITUCIONAL; d) COLABORACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE; e) CUMPLIMIENTO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS (pago en término; estado de deuda por aranceles; etc.)
- 3) En ningún caso podrá efectuarse la Reserva de Vacante de un alumno, cuando se registre deuda en concepto de aranceles o cualesquiera otros conceptos.
- 4) Teniendo en cuenta lo que más abajo se expresa en cuanto a la imposibilidad de efectuar la Reserva de Vacante en caso de registrarse mora en el pago de los aranceles, todo importe abonado en concepto de Reserva de Vacante será acreditado en forma automática y en cualquier momento a cuenta de deuda contraída por otros conceptos, consintiéndolo así expresamente los firmantes del presente.
- 5) Queda claro que el pago de la Reserva de Vacante no implica la matriculación del alumno, la que operará una vez cumplidos con la totalidad de los requisitos establecidos, y siempre que el alumno se encuentre en condiciones académicas de acceder al curso para el que fuera reservada la vacante.
- 6) La falta de pago de los montos fijados en concepto de Reserva de Vacante, así como la falta de entrega de la documentación requerida por el establecimiento (entre ellas documentación personal del alumno; documentación académica que acredite aprobación de niveles; apto psicofísico participativo de actividades escolares, etc.) o el ocultamiento de información, determinará la caducidad automática de la misma, no encontrándose en consecuencia el alumno inscripto como alumno del establecimiento.
- 7) La Reserva de Vacante solicitada por los responsables parentales de los alumnos reviste el carácter de precaria, en tanto queda supeditada a la acreditación por parte del alumno de su condición académica, para acceder al curso en el cual solicita ser inscripto.
- 8) La Reserva de Vacante podrá ser desistida por los responsables parentales del alumno, en caso de mediar razones de fuerza mayor, dando lugar a la devolución del 90% del importe abonado por tal concepto, a valores históricos, y siempre que no resulte de aplicación lo señalado en el punto 4 del presente, si tal decisión es comunicada fehacientemente al establecimientos antes del 31/12/18. Con posterioridad a dicha fecha, así como en los casos en que el desistimiento obedezca a causas imputables a los responsables y/o alumnos, los importes abonados por tal concepto no serán reintegrados. Sin excepción.
Cuando el desistimiento opere por decisión del establecimiento, sin expresión de causa, los importes abonados serán igualmente reintegrados a valores históricos.
- 9) El Contrato de Enseñanza que, reunidos todos los requisitos establecidos, liga a las partes, tendrá una vigencia anual, extendiéndose durante el ciclo lectivo 2019, caducando en consecuencia indefectiblemente a la finalización del mismo. Todo ello sin perjuicio de las causales de resolución anticipada previstas en el presente y en el propio Contrato de Enseñanza y en los respectivos reglamentos que suscriptos por las partes forman parte de éste.
- 10) El importe correspondiente a la Reserva de Vacante será comunicado al responsable financiero una vez que la solicitud de Reserva de Vacante sea aprobada por el establecimiento.
- 11) Una vez efectivizado el pago, y reunidos los demás requisitos previstos en el presente, se considerará al alumno matriculado para el ciclo lectivo 2019, imputándose los importes abonados en conceptos de Reserva de Vacante, en forma automática, a cancelación de Matrícula.
- 12) El establecimiento se reserva en cualquier época el ejercicio pleno del derecho de admisión y permanencia, pudiendo separar del establecimiento a aquellos alumnos que cometan faltas graves y/o incumplan las pautas establecidas en el Manual de Acuerdos de Convivencia y Disciplina.
- 13) El establecimiento aplicará los planes oficiales reconocidos por las autoridades competentes, pudiendo sufrir las variaciones que habilita la normativa vigente.
- 14) El uso del uniforme escolar, detallado en el Manual de Acuerdos de Convivencia y Disciplina, es obligatorio y condiciona el ingreso del alumno a las actividades académicas.
- 15) En los casos de alumnos con necesidades educativas especiales, los responsables parentales deberán informar al establecimiento y cumplimentar todos los requisitos necesarios para una integración eficaz.
- 16) Se deja constancia que la condición de alumno regular del establecimiento cesa al finalizar el ciclo lectivo, debiendo cumplir para su reincorporación en el año inmediato superior con la totalidad de los requisitos que fija el establecimiento.

Me notifico, presto conformidad y me obligo a cumplir y hacer cumplir a mi hijo el presente Reglamento.

ADULTO RESPONSABLE PARENTAL	RESPONSABLE FINANCIERO
Firma:	Firma:
Aclaración:	Aclaración:
Documento:	Documento:
Fecha:	Fecha:

*Aclaración: Para los casos en que el responsable financiero fuere una persona distinta al tutor, ambos deben suscribir el presente reglamento.



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



3 - IDEARIO INSTITUCIONAL 2019

El ideario de las instituciones educativas adventistas de la Unión Argentina está basado en una concepción del hombre y del mundo según principios emanados de las Sagradas Escrituras.

La comunidad educativa de las instituciones educativas adventistas:

1. Percibe a la persona como un ser único, creado por Dios a su imagen y semejanza: varón y mujer los creó. La imagen y semejanza de Dios es lo que diferencia al ser humano del mundo animal. Dios puso al hombre como señor y gobernante de la tierra. Lo dotó de capacidades (físicas, mentales, sociales y espirituales) y atributos semejantes a los suyos. Le concedió idoneidad semejante a la del Creador: la individualidad y la capacidad de pensar y hacer. Creó un ser libre, con capacidad de escoger a fin de encauzar sus deberes y sus derechos en las diferentes circunstancias de la vida, reconociendo su responsabilidad con el prójimo y el medio ambiente. Su destino era alcanzar la mejor expresión de la imagen de Dios: Amar a Dios con todo su corazón, su alma y su mente y amar a los demás como a sí mismo. El hombre en uso de su libertad transgredió los principios de la vida dispuestos por Dios. Caído en pecado, necesita de la redención por medio de Jesucristo. En esta condición requiere una educación recuperadora que abarque todos los aspectos de la persona: mental, físico, espiritual y social; con el propósito de lograr el perfeccionamiento de su carácter.
2. Considera que las diferentes áreas del conocimiento y de las enseñanzas divinas constituyen una unidad inseparable a la cual se accede por la Palabra de Dios revelada al hombre y por la ciencia en tanto ámbito abierto por Dios a la investigación y el pensamiento. Esta unidad contiene los principios y las normas de conducta que posibilitan una vida plena y saludable.
3. Reconoce que Dios instituyó el matrimonio como un pacto sagrado que debe permanecer exclusivo entre el hombre y la mujer mientras ambos vivieren para compartir toda su vida y las responsabilidades de la familia. Cree que la familia, formada por un papá y una mamá es el agente natural y principal de la educación del niño y del adolescente.
4. Enseña al educando el cuidado y el respeto por los bienes y recursos de las bellezas naturales creadas por Dios a fin de evitar su deterioro y degradación.
5. Fomenta el desarrollo de valores como: la confianza, la solidaridad, la cortesía, la gratitud, la tolerancia, la lealtad, la integridad, el respeto, la responsabilidad, la fe, el perdón, la esperanza, la obediencia, la sobriedad, el decoro, etc., a fin de proyectarlos en la sociedad a la cual pertenece y prepararse para la vida en el más allá.
6. Promueve el aprendizaje de los valores democráticos con el objetivo de preparar a los alumnos para el ejercicio de una ciudadanía activa, eficaz y responsable, mediante la participación organizada a fin de concretar proyectos solidarios, recreativos, deportivos, culturales y/o religiosos.
7. Prepara al educando para que acceda al servicio como un estilo de vida, sea sensible a las necesidades de sus semejantes tanto en el ámbito de su familia como de la sociedad.
8. Proporciona las herramientas necesarias para desempeñarse con principios estables en una sociedad cambiante.
9. Inculca en el educando el respeto a la patria, los símbolos nacionales y provinciales, a los próceres, a las instituciones de la república y a sus autoridades como meta fundamental de un ciudadano argentino.
10. Manifiesta compromiso e identificación con los objetivos, creencias, principios y valores de la educación adventista y lo refleja en sus relaciones con todos los integrantes de la comunidad educativa, contribuyendo con su ejemplo a un estilo de vida coherente.
11. Reconoce el derecho a la educación de las personas con necesidades educativas especiales, y las integra a fin de que desarrollen su trayectoria escolar integral dentro de la franja etaria, conforme a sus posibilidades, intereses y motivaciones, en el marco del currículum común adaptado a sus necesidades.
12. Promueve un estilo de vida integral desde la experiencia cotidiana, desarrollando los aspectos cognitivos, físicos, sociales y espirituales de los estudiantes.
13. Promueve una actitud responsable y racional en el uso de los recursos tecnológicos.

Me notifico y presto conformidad al presente ideario:

ADULTO RESPONSABLE PARENTAL	RESPONSABLE FINANCIERO	ALUMNO
Firma:	Firma:	Firma:
Aclaración:	Aclaración:	Aclaración:
Documento:	Documento:	Documento:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

*Aclaración: Para los casos en que el responsable financiero fuere una persona distinta al tutor del alumno, ambos deben suscribir el presente ideario.



4 - APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO
PARA ACTIVIDADES ESCOLARES (primera parte - hoja 1)

Apellido y nombre del alumno:
DNI: Fecha de nacimiento:...../...../.....
Domicilio:
Nombre del tutor:
Teléfono de la casa: Teléfono celular:
Teléfono en caso de emergencia: Obra social / Prepaga:
Grupo sanguíneo:

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A A COMPLETAR POR EL TUTOR:

- ¿Existe alguna causa por la cual su médico le indicó que no participará o limitará su participación en actividades deportivas? NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Toma algún medicamento especificado por su médico?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Toma algún suplemento, vitaminas, minerales y otras sustancias?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo alguna vez pérdida de conocimiento durante o poco después (menos de 1 hora) del ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo alguna vez una molestia, dolor y opresión en el pecho durante el ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, hermanos) con una enfermedad cardíaca?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, madre) que falleciera súbitamente por problemas cardíacos antes de los 50 años? NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Alguna vez su médico le dijo que tuvo alguna de las siguientes enfermedades? (Marque con una X)
Enfermedad de Marfán Enfermedad de la válvula cardíaca
Prolapso mitral Ninguna
- ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas? (Marque con una X)
Hipertensión arterial Fumador Artritis
Colesterol alto Soplo cardíaco Anemia
Diabetes Epilepsia Chagas
- ¿Tuvo alguna vez palpitaciones durante un ejercicio o actividad física?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Alguna vez sintió golpes o latidos fuertes aislados en el corazón durante el ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Fue sometido a una operación?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo dificultad para respirar durante o posterior a un ejercicio ?
NO SI ESPECIFIQUE:.....



4 - APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO
PARA ACTIVIDADES ESCOLARES (primera parte - hoja 2)

- ¿Tuvo o tiene asma bronquial?
NO SI ESPECIFIQUE SI UTILIZA ALGÚN MEDICAMENTO:
- ¿Tiene silbidos, se le cierra el pecho o tose frecuentemente durante o después del ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:
- ¿Tubo algún traumatismo de cráneo?
NO SI ESPECIFIQUE:
- ¿Tuvo algún golpe en la cabeza en el cual tuvo confusión o no recuerda qué pasó?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo convulsiones?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tiene dolor de cabeza durante el ejercicio?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Alguna vez tuvo hormigueos, adormecimiento o debilidad en los brazos y piernas después de una caída o ser golpeado?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tuvo desgarros, tendinitis, luxaciones, esguinces o fracturas? (ESPECIFIQUE lesión, miembro y fecha)
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Utiliza algún soporte externo para una lesión o protector? (plantillas, ortesis, tobilleras, vendajes, casco, protector bucal)
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Usa lentes de contacto o anteojos cuando juega?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Usa prótesis?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Usa silla de ruedas?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Tiene algún tipo de alergias? (marque con una X)
Medicamentos Alimentos Insectos Ninguna
- ¿Tiene un solo órgano de los siguientes? (marque con una X)
Ojo Riñón Testículo Ninguno
- ¿Posee alguna discapacidad física?
NO SI ESPECIFIQUE:.....
- ¿Posee alguna discapacidad psíquica?
NO SI ESPECIFIQUE:.....

Declaro que los datos dados en la presente ficha médica tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA y se ajustan a la realidad. Me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma del tutor: Aclaración: Fecha:...../...../.....



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



5 - ADICIONAL DE SALUD (hoja 3)

Los datos de esta sección deben ser completados y firmados por el tutor y el/la alumno/a

- ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? NO Hipoacusia Dislexia Síndrome atencional
Otro (explique):
- ¿Está recibiendo o recibió apoyo psicopedagógico?
Regularmente Hace 1 mes Hace 6 meses Hace 12 meses No
- ¿Está recibiendo o recibió tratamiento psicológico?
Regularmente Hace 1 mes Hace 6 meses Hace 12 meses No
- ¿Ha fumado en los últimos 3 meses? Sí regularmente Sí ocasionalmente No
- ¿Ha tomado bebidas alcohólicas en los últimos 3 meses? Sí regularmente Sí ocasionalmente No
- ¿Ha usado drogas como marihuana, cocaína o pasta base u otras en los últimos 3 meses?
Sí regularmente Sí ocasionalmente No
- ¿Usa remedios recetados o los que puede comprar sin receta? Sí regularmente Sí ocasionalmente Nunca
- ¿Está recibiendo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias adictivas?
No Hace 12 meses Hace 6 meses Hace 1 mes Regularmente

Firma del alumno solicitante

Firma del padre, madre o tutor

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y apellido: Relación de parentesco:

Teléfono de la casa: Teléfono del trabajo:

Celular: E-Mail:

Dirección: Ciudad: Provincia:

OPCIONAL

Nombre y apellido: Relación de parentesco:

Teléfono de la casa: Teléfono del trabajo:

Celular: E-Mail:

Dirección: Ciudad: Provincia:



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



6 - PERFIL DE CONDUCTA

Los datos de esta ficha deben ser completados por una autoridad educativa de la institución de donde proviene el alumno solicitante.

Nombre de la institución educativa:

Nombre de quien completa la ficha: Cargo:

Teléfono de contacto con la institución:

Nombre del/de la alumno/a: Curso:

Características de la conducta del/de la alumno/a

- | | |
|---|--|
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Es correcto en el trato con los docentes. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Es correcto en el trato hacia sus compañeros. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Permanece en silencio cuando se lo requiere. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Permanece en su lugar de trabajo. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Pide autorización para desplazarse dentro y fuera del aula. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Es respetuoso de las normas del colegio. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Ante un llamado de atención responde positivamente. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Es desafiante con los docentes. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Trata mal a sus compañeros. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Moviliza negativamente al grupo de pares. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Conversa mucho en clase. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Se moviliza sin autorización en el curso. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Demora en regresar a la fila. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Demora en regresar al aula. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Participa de peleas en el recreo. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Se enoja cuando se lo observa algún error. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Trabaja en el tiempo propuesto. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Resuelve actividades en la forma solicitada. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Posee carpetas completas, prolijas y ordenadas. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Asiste puntual y regularmente a clases. |
| Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> | Termina de completar y resolver las actividades en su casa porque no trabaja en el aula. |

Los llamados de atención más frecuentes han sido por:

Sanciones disciplinarias recibidas:

La conducta del alumno puede evaluarse como: Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Los padres asisten a las citaciones o reuniones de la escuela: Sí No

Los padres firman las notas y comunicados: Sí No

Fecha

Sello de la institución

Firma y sello de la autoridad educativa

ADJUNTAR EL BOLETÍN DE CALIFICACIONES



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



7 a) - SÓLO PARA ALUMNOS ADVENTISTAS RECOMENDACIÓN

Fecha:

Para la
Comisión de Admisión
Instituto Adventista Balcarce

Mediante la presente dejamos constancia de que el / la joven

DNI es miembro activo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de

Damos fe de que el / la mencionado/a está plenamente comprometido/a con las creencias y actividades de la iglesia. Lo recomendamos a esa institución educativa a través del voto N° y describimos algunas características del/la mencionado/a por las cuales firmamos esta recomendación.

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

El distrito de procedencia es: Asociación o Misión de procedencia:

El pastor de la iglesia es: Número de teléfono:

Firma de la secretaria de iglesia

Firma del pastor o primer anciano

Aclaración

Aclaración



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



7 b) - SÓLO PARA ALUMNOS ADVENTISTAS SOLICITUD DE ARANCEL PREFERENCIAL

REGLAMENTO DE OTORGAMIENTO

- a) Todas las solicitudes pasarán a estudio de las autoridades del establecimiento, quien se expedirá en un plazo máximo de 10 días sobre su otorgamiento.
- b) En cualquier caso, el beneficio que se otorgue reviste el carácter de precario, pudiendo ser suprimido en cualquier momento cuando, en el caso, se hubieren perdido las condiciones que llevaron a su otorgamiento, sin derecho a reclamo de ningún tipo. De igual forma, caducará automáticamente el mismo al finalizar el periodo para el cual fuera otorgado o en caso de operarse la baja del alumno por cualquier causa, así como en los casos en que se registre atraso en el pago del porcentaje del arancel no cubierto por el beneficio debiendo a partir de ese momento abonarse los aranceles por vencidos en su totalidad sin descuento alguno y con los recargos que correspondan.
- c) El otorgamiento de un ARANCEL PREFERENCIAL ADVENTISTAS, en cualquier porcentaje, es facultad privativa del establecimiento, quien podrá concederlo o no según su libre criterio, no encontrándose tal decisión condicionada a factor alguno. Sin perjuicio de ello, serán tenidos especialmente en cuenta los siguientes aspectos: IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL DEL GRUPO FAMILIA; SITUACIÓN ACADÉMICA; ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS; CUMPLIMIENTO A LO NORMADO EN LOS RESPECTIVOS REGLAMENTOS DEL ESTABLECIMIENTO, CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA, etc.
- d) El beneficio que pudiere otorgarse reviste el carácter de PERSONAL, siendo por tanto INTRANSFERIBLE.

DATOS DEL ALUMNO

Apellido/s y nombre/s:

DNI: Curso: año

DATOS DE LOS RESPONSABLES PARENTALES (RP)

Declaro que el/los solicitante/s de la presente: RP 1 RP 2 Responsable financiero asiste/n regularmente a la Iglesia Adventista y es/son miembro/s activo/s, sostenedor/es de la misma.

Voto de Junta N° Fecha:/...../..... Nombre de la Iglesia:

Firma del pastor/Primer anciano/
Director de Congregación

Firma del Tesorero de iglesia

Aclaración

Aclaración



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



8 - SÓLO PARA ALUMNOS NO ADVENTISTAS RECOMENDACIÓN

Fecha:

Para la
Comisión de Admisión
Instituto Adventista Balcarce

Mediante la presente dejo constancia de que conozco al / a la joven

y lo/a recomiendo para ser alumno/a del IAB por las siguientes razones que expreso a continuación:

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -

Firma

Aclaración:

Teléfono de contacto: E-Mail de contacto:

Relación con el alumno:

Relación con el IAB:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

Número: DIPREGE 4134 - DIPREGE 2315 Distrito: BALCARCE Privado

INSCRIPCIÓN EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL: ES AÑO: 1 2 3 4 5 6
 TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde Alternancia Doble Escolaridad Jornada Completa Jornada Extendida Vespertino

• DATOS DEL ALUMNO/A:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
 Apellido/s: Nombres:
 Sexo: Fecha de Nac: ____/____/____ Lugar de Nac: Nacionalidad:
 Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
 Localidad: Código Postal: Teléfono:
 N° Legajo: N° Libro Matriz: N° Folio:

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA: (Complete sólo si el año pasado o este año el alumno concurre a otro establecimiento)

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatal
 Nombre del Establecimiento: Nro: Privado
 Condición del alumno en la inscripción actual: Repitiente Reinscripto Ingresante Promovido En Compensación

Otros datos: ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuántos en este Establecimiento? Distancia del domicilio a la escuela: Km.
 Cantidad de habitantes en el hogar: Cantidad de habitaciones en el hogar (exceptuando cocina y baño):
 Cantidad de libros en el hogar (no contando revistas, diarios y textos escolares): ¿Recibe apoyo escolar? NO SÍ
 ¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO SÍ

FAMILIARES/TUTORES DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

Apellido/s de la **MADRE:** Nombres:
 Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)
 Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
 ¿Vive? NO SÍ → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
 Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
 Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del **PADRE:** Nombres:
 Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción del Padre: (Marque el último nivel alcanzado)
 Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
 ¿Vive? NO SÍ → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
 Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
 Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del **TUTOR/RESPONS.:** Nombres:
 Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción del tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado)
 Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
 Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
 Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
 Localidad: Código Postal: Teléfono:

JEFE/A DE HOGAR: Madre Padre Tutor/Responsable

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/s: Nombres:
 Tipo Doc: N° Doc: Vínculo / Parentesco con el alumno:



INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del alumno:

Obra Social: N° Afiliado:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

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

SÍ NO ¿Cuál?:

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:

SÍ NO ¿Por qué?:

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

SÍ NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe ¿Recibe tratamiento permanente?: SÍ NO

TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico?: SÍ NO Especifique:

Quirúrgicos: SÍ NO Edad: Tipo de Cirugía:

¿Presenta alguna limitación física?: SÍ NO Aclaración:

Otros problemas de salud:

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica

DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo)

Fecha de la Determinación:/...../.....

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :

Recurrir a: Institución:
Domicilio: Teléfono:

Médico: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:

Familiar: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:

ACTUALIZACIONES:

Fecha:/...../..... Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha:/...../..... Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO

Describe los cambios de salud del alumno:

Fecha:/...../..... Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ 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 al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción:/...../.....

.....
Firma del responsable

.....
Aclaración