

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 concurrió 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