



# INSTITUTO SUPERIOR ADVENTISTA DE MISIONES

Establecimiento de Educación Pública de Gestión Privada Incorporado a la Enseñanza Oficial-1001

Avda. Rusia 410, Villa Libertad, CP 3315 Leandro N. Alem, Misiones, Argentina - Tel. 0810-122-0209/cel.3754 507371

E-mail [informes@isam.edu.ar](mailto:informes@isam.edu.ar) sitio web [www.isam.edu.ar](http://www.isam.edu.ar)

## SOLICITUD DE RESERVA DE VACANTE RE- INGRESANTES AL NIVEL SECUNDARIO - 2019

Reservado para uso de la Institución

Plan: R..... BP..... BT.....

Fecha de recepción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Informe Comisión de Admisión.: \_\_\_\_\_ Fecha de respuesta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### Envía esta solicitud completa junto a:

1. Conformidad del Acuerdo de Convivencia 2019, firmada.

2. Ideario Institucional 2019 firmado

### IMPORTANTE

A. Llenar este formulario con todos los datos solicitados y letra clara. El envío de esta solicitud no implica la aceptación automática del alumno; hasta que reciba una respuesta del ISAM

B. La institución se reserva el derecho unilateral de admitir o no las solicitudes enviadas, incluso las de alumnos matriculados en años anteriores

C. El abono de la matrícula confirma la reserva de vacante.

## A. DATOS PERSONALES

Apellidos:..... Nombres:..... Edad:.....

Documento Tipo:  DNI  Pasaporte Número:..... CUIL:.....

Nacimiento Fecha: ...../...../..... Ciudad:..... Provincia:..... País:.....

Domicilio Actual: Calle..... Número:..... Piso:..... Dpto:..... Barrio:.....

Código Postal..... Localidad:..... Provincia:..... País:.....

Celular:.....

E-mail:..... Facebook:.....

Religión que profesa:..... Si es Adventista del 7mo Día, ¿es bautizado?  NO  SI

Iglesia a la que asiste:.....

## B. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Institución de la que proviene: INSTITUTO SUPERIOR ADVENTISTA DE MISIONES

Domicilio: . AV. Rusia Número: 410 Cód. Postal:.....3315. Teléfono: 0810 -122 0209/ Cel. 3754 507371

Último año/cursado completo o cursado (indicar modalidad):..... ¿Cuándo? .....2018.....

¿es repitente?  NO  SI ¿Tiene asignaturas pendientes?  NO  SI ¿Cuáles? .....

Observación: en caso de que el alumno sea repitente, la inscripción estará sujeta a las posibilidades de vacante en el turno solicitado.

Ingresará a (seleccionar curso y orientación):

1°  
 2° ] Ciclo Básico

3°  
 4°  
 5° ] Ciclo Orientado [  Ciencias Naturales  
 Economía y Administración  
 Ciencias Sociales y Humanidades

Los alumnos podrán participar durante el año lectivo de talleres a contra turno. Reservar vacante para los siguientes talleres (puede ser más de uno):

Escuela de Música :  Piano  Coro  Guitarra  Instrumentos de viento

Talleres Deportivos :  Gimnasia  Vóley  Fútbol masculino  Basquetbol masculino

Academia de Idiomas :  Inglés

## C. DATOS SOBRE LA SALUD

Mi altura: .....m Mi peso: .....kg Grupo y factor Sanguíneo: .....

Tengo algún problema de salud  NO  SI ¿Cuál?: .....

Tengo algún problema que me impide realizar actividad física o manual?  NO  SI ¿Cuál?:.....

Tratamientos médicos: .....

Soy alérgico/a a:.....

Estoy recibiendo o recibí tratamiento psicológico :  No  Hace 12 meses  Hace 6 meses  Hace 1 mes

## D. RESIDENCIA

Solicito hospedarme en las residencias estudiantiles

Solicito ser alumno no residente  Viviré con: Nombre: .....Apellido: .....

Dirección: ..... Tel o E-mail ..... Vínculo: .....

## E. PROGRAMA de FORMACIÓN PROFESIONAL

NOTA: Para acceder a este programa el solicitante deberá tener 16 o más años de edad, ser Adventista del 7mo Día y completar los formularios correspondientes. Encontrarás dichos formularios en nuestro sitio web o puedes pedirlos por e-mail, teléfono o en persona. ( Manual de becas ISAM)

- Solicito inscribirme al Programa de Formación Profesional a contra turno del cursado de clases (Plan beca Parcial)  Conozco y acepto las condiciones.  
 Solicito ser parte del Programa de Formación Profesional durante todo el año (Plan Beca Anual)  Conozco y acepto las condiciones

## F. DATOS de RESPONSABLES PARENTALES

### RESPONSABLE PARENTAL 1

Vínculo con el alumno: .....  
Apellidos: .....  
Nombres: .....  
Nacionalidad: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....  
DNI: ..... Ocupación: .....  
Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Otro  
¿Vive con la madre del solicitante?  SI  NO  
E-mail: .....  
Teléfono: .....  
Celular: .....  
(Completar si difieren a los del alumno)  
Dirección: Calle .....  
Número: ..... C.Postal: .....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
Religión:..... Si es Adventista ¿Es bautizado?  SI  NO  
Iglesia a la que asiste: .....

### RESPONSABLE PARENTAL 2

Vínculo con el alumno: .....  
Apellidos: .....  
Nombres: .....  
Nacionalidad: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....  
DNI: ..... Ocupación: .....  
Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Otro  
¿Vive con el padre del solicitante?  SI  NO  
E-mail: .....  
Teléfono: .....  
Celular: .....  
(Completar si difieren a los del alumno)  
Dirección: Calle .....  
Número: ..... C.Postal: .....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
Religión:..... Si es Adventista ¿Es bautizado?  SI  NO  
Iglesia a la que asiste: .....

## G. INFORMACIÓN FINANCIERA

### OTRO RESPONSABLE:

Apellido y Nombre: ..... DNI: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Nacionalidad: .....  
Ocupación: ..... Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Otro  
Vínculo con el alumno: ..... E-mail: .....  
Teléfono fijo: ..... Celular: .....  
Dirección : Calle..... Número: ..... Piso: ..... Dpto: .....  
Cód Postal: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....  
Si es Adventista ¿Es bautizado?  SI  NO Iglesia a la que asiste: .....

## H. COMPROMISO

Al completar y firmar el presente, declaramos que tenemos conocimiento de que el Instituto Superior Adventista de Misiones confeccionará una base de datos que tendrá carácter confidencial que es indispensable a los fines de la realización de su actividad, no pudiendo ser transferida a terceros sin nuestro expreso consentimiento. Además, tomamos conocimiento de que si deseamos remover o actualizar los datos de dicha base, podremos hacerlo notificando fehacientemente del hecho al Instituto. Los datos que contiene este formulario son dados con nuestro total, libre e informado consentimiento según ley 25.326.

Hacemos constar con nuestra firma que los datos consignados son fidedignos y tienen valor de **Declaración Jurada.**

**Como solicitante:** si fuese aceptado como alumno me comprometo voluntariamente a observar y mantener en alto las normas de conducta e ideales expresados en el "Acuerdo de convivencia" del Instituto Superior Adventista de Misiones y toda otra disposición que emane de las autoridades de la institución que he elegido como mía. **(El Acuerdo de convivencia puede consultarse en: [www.isam.edu.ar](http://www.isam.edu.ar))**

**Como padre, madre o tutor/a:** me comprometo a apoyar a las autoridades del Instituto Superior Adventista de Misiones en todo lo que esta institución determine como parte de la formación que deseo para mi hijo. Identificándome plenamente con sus principios y normas educativas establecidas en el Acuerdo de Convivencia.

**Como responsable financiero:** me comprometo a cancelar mensualmente el arancel correspondiente a los servicios educativos brindados por la institución.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable Parental 1

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable Parental 2

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable financiero

Lugar y fecha:.....