



# INSTITUTO SUPERIOR ADVENTISTA DE MISIONES

Establecimiento de Educación Pública de Gestión Privada – Incorporado a la Enseñanza Oficial – Cód 110001  
Av. Rusia 410, Villa Libertad N3315WAA Leandro N. Alem, Misiones Argentina

Tel. 0810-122-0209

informes@isam.edu.ar

www.isam.edu.ar

## SOLICITUD DE RESERVA DE VACANTE - 2018

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

Reservado para uso de la Institución

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

### Envía esta solicitud completa junto con los siguientes documentos:

1. Fotocopia del último boletín de calificaciones.
2. Informe socio-educativo de la escuela.
3. Certificado de libre deuda si proviene de una institución privada
4. Conformidad del Acuerdo de Convivencia, firmada.
5. Ideario Institucional, 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. Con el abono de matrícula se confirma la reserva de vacante.

## A. DATOS PERSONALES

**FOTO** reciente del solicitante

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

Documento Tipo:  DNI  Pasaporte Número: ..... Sexo:  M  F Edad: .....

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

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

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

Teléfonos Fijo: ..... 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: .....

Domicilio: ..... Número: ..... Cód. Postal: ..... Teléfono: .....

Último año/curso cursado o cursando (indicar modalidad): ..... ¿Cuándo? .....

¿Cursará como repitente?  NO  SI ¿Tiene asignaturas pendientes?  NO  SI ¿Cuáles? .....

Años cursados en primaria:  6  7 *NOTA: El sistema académico en Misiones es de 7 años en el Nivel Primario y 5 en el Nivel Secundario*

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 participarán 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  Vóleybol  Fútbol masculino  Básquetbol 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: .....

Tengo algún problema de aprendizaje?  NO  Hipoacusia  Dislexia  Síndrome Atencional  Otro/s: .....

Fumo cigarrillos:  Nunca  No en el último año  Alguna vez este año

Tomo bebidas alcohólicas:  Nunca  No en el último año  Alguna vez este año  Regularmente

Sufro insomnio:  Casi siempre  A veces  Nunca

Soy una persona positiva y optimista:  Casi siempre  A veces  Casi nunca

Me siento enojado/a o agresivo/a:  Casi nunca  Algunas veces  A menudo

Me siento deprimido o triste:  Casi nunca  A veces  A menudo

Me siento satisfecho con mi estudio y actividades:  Casi siempre  A veces  Casi nunca

Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base y otras:  Nunca  Ocasionalmente  A menudo

Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:  Nunca  Ocasionalmente  A menudo

Estoy recibiendo o recibí tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias adictivas:  No  Hace 12 meses  Hace 6 meses  Hace 1 mes

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

## D. RESIDENCIA

Solicito hospedarme en las residencias estudiantiles  SI  NO 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 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 Anual)  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 PADRES / TUTORES

Vínculo con el alumno:  Padre  Tutor

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: .....

Religión: ..... Si es Adventista ¿Es bautizado?  SI  NO

Iglesia a la que asiste: .....

(Completar lo siguiente si difiere al del alumno)

Dirección: Calle..... Número.....

Piso: ..... Dpto: ..... Barrio: ..... C. Postal: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

¿Cuántos hermanos tiene? ..... ¿Cuántos viven en la casa? ..... Edades: 1º.....2º.....3º.....4º.....5º.....6º.....7º.....8º.....9º.....10º.....

De los hermanos que viven en la casa ¿Cuántos trabajan? .....

Vínculo con el alumno:  Madre  Tutora

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: .....

Religión: ..... Si es Adventista ¿Es bautizado?  SI  NO

Iglesia a la que asiste: .....

(Completar lo siguiente si difiere al del alumno)

Dirección: Calle..... Número.....

Piso: ..... Dpto: ..... Barrio : ..... C. Postal: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

## G. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO

Apellido y Nombre: ..... DNI: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Nacionalidad: .....

Ocupación: ..... Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Otro ¿Viven Juntos? .....

Vínculo con el alumno: ..... E-mail: .....

Teléfono fijo: ..... Celular: .....

Dirección : Calle..... Número: ..... Piso: ..... Dpto: ..... Barrio: .....

Cód. Postal: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....

Si es Adventista ¿Es bautizado?  SI  NO Iglesia a la que asiste: .....

## H. RECOMENDACIONES ( 2 cómo mínimo) Personas que me recomiendan como alumno/a para el ISAM:

Nombre y apellido	Teléfono	E-mail	Cargo/Ocupación	Vínculo

Preferiblemente: Pastor, director del colegio, autoridad de la comunidad, líder de iglesia, otro.

## I. 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)

**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 padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o tutora

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

Lugar y fecha: .....