



Buenos Aires
Provincia

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - Año Lectivo EDUCACIÓN ESPECIAL



• DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: **ESCUELA ESPECIAL MALTEN** Estatal
 Número: **3958** Distrito: **045 - GRAL. SAN MARTIN** Privado

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

AREA: (Marque una) Pedagógica <input type="checkbox"/> Integración <input type="checkbox"/> Pre-Laboral <input type="checkbox"/> Parasistemática <input type="checkbox"/> (Form. Laboral)	AREA: (Marque una) Pedagógica <input type="checkbox"/> Integración <input type="checkbox"/> Pre-Laboral <input type="checkbox"/> Parasistemática <input type="checkbox"/> (Form. Laboral)
TURNO SOLICITADO: Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>	TURNO SOLICITADO: Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>
CICLO/AÑO: ESPECIALIDAD:	CICLO/AÑO: ESPECIALIDAD:

• 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: Permanece Reinscripto Ingresante Promovido Proveniente del ciclo lectivo anterior

• ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE CONCURRE EL ALUMNO: (EGB o Inicial) Estatal
 Nombre del Establecimiento: Número: Privado
 Distrito: Nivel: Año/Grado: Repitente: SI NO

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):

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? SI NO → 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? SI NO → 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

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 ALERGIAS? 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
 Describa los cambios de salud del alumno:
 Fecha:/...../..... Anual: Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO
 Describa los cambios de salud del alumno:
 Fecha:/...../..... Anual: Sí NO ¿Hay cambios? Sí NO
 Describa 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