



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 ____
EDUCACIÓN INICIAL

SALA: _____ TURNO: _____

N° _____

(A completar por el establecimiento)

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:		Nombre/s:	
Fecha de Nacimiento: / /			
¿Posee DNI argentino?		☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite	
		☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite ☐ NO posee DNI argentino	
Si respondió SI, indique número de DNI argentino:		CUIL: - -	
Si respondió que NO tiene DNI argentino:		¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO	
		¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO	
Identidad de género:		☐ Mujer ☐ Mujer trans / travesti ☐ Varón ☐ Varón trans / masculinidad trans	
		☐ No binario ☐ Otra ☐ No desea responder	
Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:	
☐ En Argentina ☐ En el extranjero			
Solo para quienes marcaron Argentina:		Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar):	
Solo para quienes marcaron Buenos Aires:		Distrito: Localidad:	
DOMICILIO		Calle: N°: Piso: Torre: Depto:	
Entre calle:		y calle: Otro dato:	
Provincia:		Distrito: Localidad:	
Teléfono: (cód. área:)		Teléfono celular: (cód. área:)	

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos:		☐ SI Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:	
		☐ NO tiene hermanas o hermanos	
¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?		☐ SI ☐ NO	
En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:		☐ SI ☐ NO Otra/s lengua/s: ☐ SI ☐ NO	
¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?		☐ SI ☐ NO	
¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?		☐ SI ☐ NO	
Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)			
☐ A pie/Bicicleta ☐ Transporte escolar DGCyE ☐ Colectivo ☐ Tren ☐ Vehículo particular ☐ Taxi/Remis ☐ Otro			

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?	☐ SI ☐ NO	En caso afirmativo: Obra social:	N° Afiliado:
---------------------	---	----------------------------------	--------------

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado

Nombre escuela: N°:

A completar por el establecimiento: Clave provincial: CUE:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar): Distrito:

Nivel/Modalidad: Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado

Dependencia: ☐ Oficial ☐ Municipal ☐ Nacional ☐ Privada ☐ Otros organismos

Nombre escuela: N°:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en (edad al 30/06 del año lectivo de inscripción):

☐ 45 días a 1 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche

Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel ☐ Regular ☐ Reinscripta / Reinscripto

TRAYECTORIA EDUCATIVA

Solo para estudiantes de 3 a 5 años de edad: ¿Asistió a Jardín Maternal? ☐ SI ☐ NO

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): ☐ SI ☐ NO

Centro de Educación Física (CEF): ☐ SI ☐ NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor ☐ Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante:	☐ Madre	☐ Padre	☐ Tutor	☐ Tutora	☐ Otro
Apellido/s:	Nombre/s:			Nacionalidad:	
¿Posee DNI argentino?	☐ SI, y tiene el DNI físico	☐ SI, pero NO tiene el DNI físico	☐ NO posee DNI argentino		
Si respondió SI, indique número de DNI argentino:					
Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO					
¿Posee documento extranjero?			☐ SI, tipo de doc.:	Nº:	☐ NO
Profesión u ocupación:			¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO		
En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado					
¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO					

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia	☐ Trabaja	☐ Busca trabajo	☐ Realiza tareas de cuidado no pagas	☐ Recibe jubilación o pensión
----------------------------------	----------------------------------	--	---	--

DOMICILIO

Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)				
Calle:	Nº:	Piso:	Torre:	Depto:
Entre calle:	y calle:	Otro dato:		
Provincia:	Distrito:	Localidad:		
Teléfono: (cód. área:)		Teléfono celular: (cód. área:)		
Correo electrónico:				

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s:	Nombre/s:	
Tipo de doc:	Nº:	Describa restricción:
La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.		

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

Nº de Legajo:	Nº de Matriz:	Nº de Folio:
---------------	---------------	--------------

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable:	Aclaración:
Fecha de inscripción: / /	Firma Directora o Director:

DECLARACIÓN DE PERSONAS AUTORIZADAS AL RETIRO DEL ALUMNO

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:

SALA:..... TURNO:

Yo.....con dni..... y yo,
con dni declaro ser responsable del ingreso como así también del egreso del
Establecimiento de mi hijo/a ALUMNO..... DNI:.....del
Colegio del Sol de Monte Grande, que cursa el presente ciclo
lectivo en los horarios establecidos.

En caso de demoras, el personal del Colegio podrá comunicarse a los siguientes teléfonos. En Primera instancia con los padres del alumno.

Apellidos y Nombres

MAMA`CELULAR

PAPA`CELULAR

En caso de no comunicarnos con los responsables del alumno, se autoriza expresamente a las siguientes personas, quienes podrán retirar al alumno del Establecimiento.

APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	PARENTESCO	CELULAR
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

ACLARATORIA: Ninguna de las personas autorizadas en el presente ciclo podrá efectuar el retiro sin presentar la documentación que acredite su identidad.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PADRE MADRE O TUTOR RESPONSABLE DEL ALUMNO:

DNI: