

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE**

Clave Provincial 4030JI2509 CUE 0608911-00 A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO  
Nombre JARDÍN DE INFANTES NUESTRA SEÑORA DE MONTE GRANDE Nº          Distrito           
SECTOR DE GESTION:  Estatal  Privado  Municipal

**ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA**

(Complete sólo si el año pasado o este año el alumno ha concurrido a otro establecimiento)

Clave Provincial          CUE          A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO Nivel/Modalidad           
Nombre          Nº          Dirección           
Localidad          Distrito          Provincia          País           
SECTOR DE GESTION:  Estatal  Privado  Municipal  Nacional  Otro

**INSCRIPCIÓN**

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL INICIAL  Ciclo maternal  Ciclo jardín de infantes

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 JORNADA  Simple  Completa  Extendida  Doble escolaridad

CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL  Ingresante  Alumno regular  Reinscripto

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Asistió a Jardín Maternal?  SI  NO  Estatal  Municipal  Privado  Comunitario  
¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa?  SI  NO

**DATOS DEL ALUMNO**

Tipo de Doc.          Nº           Posee  En Trámite  No Posee Estado del Doc.  Bueno  Malo  
Apellido/s          Nombre/s           
Sexo          Fecha de Nac.          Lugar de Nac.          Nacionalidad           
DOMICILIO Calle          Nº          Piso          Torre           
Dpto          Entre calles           
Otro dato referido al domicilio           
Provincia          Distrito          Localidad          Código Postal           
Teléfono          Teléfono Celular         

Nº de Legajo          Nº de Matriz          Nº de Folio          A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

**OTROS DATOS DEL ALUMNO**

Hermanos  SI  NO Cantidad          Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento           
Cantidad de habitantes en el hogar          Cantidad de habitaciones en el hogar          Otra lengua hablada en el hogar           
Recibe ayuda escolar  SI  NO Obra social  SI  NO  
¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa?  SI  NO  AuH  Becas por excepción  
 Progresar  Otros  
 Becas para Judicializados  
Medio de transporte que lo acerca al establecimiento  
 A pie  Omnibus  Auto particular  Taxi/Remís  Otro

**DATOS DE LA MADRE**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educacional?  SI  NO  
¿Nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Terciario  Universitario ¿Completó ese nivel?  SI  NO  
Vive  SI  NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
**DOMICILIO** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_  
Dpto \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
¿Es jefe del hogar?  SI  NO Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**  
 Sólo Trabaja  Trabaja y Estudia  Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión  Sólo Busca Trabajo  Sólo Estudia  
 Busca Trabajo y Estudia  Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión  Jubilado/Pensionado  Otro

**DATOS DEL PADRE**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educacional?  SI  NO  
¿Nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Terciario  Universitario ¿Completó ese nivel?  SI  NO  
Vive  SI  NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
**DOMICILIO** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_  
Dpto \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
¿Es jefe del hogar?  SI  NO Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**  
 Sólo Trabaja  Trabaja y Estudia  Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión  Sólo Busca Trabajo  Sólo Estudia  
 Busca Trabajo y Estudia  Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión  Jubilado/Pensionado  Otro

**DATOS DEL TUTOR**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educacional?  SI  NO  
¿Nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Terciario  Universitario ¿Completó ese nivel?  SI  NO  
Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Si no posee documento indicar  En Trámite  No Tiene Doc.  
**DOMICILIO** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_  
Dpto \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
¿Es jefe del hogar?  SI  NO Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
**CONDICIÓN DE ACTIVIDAD**  
 Sólo Trabaja  Trabaja y Estudia  Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión  Sólo Busca Trabajo  Sólo Estudia  
 Busca Trabajo y Estudia  Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión  Jubilado/Pensionado  Otro

**PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Vínculo/Parentesco con el alumno \_\_\_\_\_  
Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Vínculo/Parentesco con el alumno \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES JUDICIALES**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Tipo de Doc. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Restricción \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD**

Obra Social \_\_\_\_\_ N° Afiliado \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
 SI  NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?  
 SI  NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA?  SI  NO  
 En caso afirmativo, describa sus manifestaciones \_\_\_\_\_  
 La alergia se debe a \_\_\_\_\_  No sabe ¿Recibe tratamiento permanente?  SI  NO

**TRATAMIENTOS**

¿Recibe tratamiento médico?  SI  NO Especifique \_\_\_\_\_

Quirúrgicos  SI  NO Edad \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna limitación física?  SI  NO Aclaración \_\_\_\_\_

¿Otros problemas de salud? \_\_\_\_\_

<b>NO LLENAR LOS PADRES</b>	<b>VACUNAS OBLIGATORIAS</b> tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2 de acuerdo a su cumplimiento <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <i>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</i>
	<b>DETERMINACION DE</b> Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo) Fecha de la determinación _____ / _____ / _____

**SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA**

<b>RECURRIR A</b>	Institución _____ Domicilio _____ Teléfono _____
<b>MEDICO</b>	Apellido/s _____ Nombre/s _____ Domicilio _____ Teléfono _____
<b>FAMILIAR</b>	Apellido/s _____ Nombre/s _____ Domicilio _____ Teléfono _____

**ACTUALIZACIONES**

Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describa los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describa los cambios de salud del alumno _____		
Fecha _____ / _____ / _____	Anual <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Hay cambios? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Describa los cambios de salud del alumno _____		

**REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS SAE**

Solicito la inclusión de mi hijo/a o tutelado/a en el siguiente Servicio Alimentario

Comedor

DMC: Desayuno / Merienda Completa

*Prestaciones válidas para nivel Post Primario*

Simple

Doble

Completa

*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 el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.*

Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del Director