



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20_____
EDUCACIÓN DE JÓVENES, ADULTAS/OS Y ADULTAS/OS MAYORES
PLAN FinEs

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:

☐ En Argentina

☐ En el extranjero

Nacionalidad:

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:)

Correo electrónico:

OTROS DATOS

¿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

Profesión u ocupación:

¿Percibe alguno/s de los siguientes planes o programas?

☐ Potenciar Trabajo

☐ Progresar

☐ Otro

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta

☐ 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?

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO CON EL QUE SE VINCULA LA SEDE DONDE SE INSCRIBE

Distrito:	
Nombre escuela:	N°:
A completar por el establecimiento:	Clave provincial:
CUE:	

DATOS DE LA SEDE EN LA QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Localidad:
Dirección:	Teléfono: (cód. área:)
Nombre de Sede:	
Responsable de Sede:	

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°:
Último año de estudio cursado:	Último año de estudio aprobado:
¿Tiene materias pendientes de aprobación? ☐ SI ☐ NO	

En caso afirmativo, completar el cuadro a continuación:

Materia pendiente de aprobación	Año de estudio	Año calendario en que la cursó

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: ☐ FinEs Trayecto – Orientación Ciencias Sociales
☐ FinEs Trayecto – Orientación Gestión y Administración

Turno: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Vespertino

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante a FinEs ☐ Reinscripta/ Reinscripto ☐ Regular

¿Adjunta documentación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, completar el cuadro a continuación:

	SI	NO		SI	NO
Constancia de estudios anteriores	☐	☐	Constancia de CUIL	☐	☐
Certificación de estudios anteriores	☐	☐	Fotocopia de partida de nacimiento	☐	☐
Fotocopia de DNI actualizado	☐	☐			

DATOS DE CONTACTO ADULTO REFERENTE

Apellido/s:

Nombre/s:

Teléfono: (cód. área:)

Teléfono celular: (cód. área:)

Vínculo con estudiante:

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:

Aclaración:

Fecha de inscripción: / /