SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 EDUCACIÓN SUPERIOR

**N°**

(A completar por el establecimiento)

FORMACIÓN DOCENTE INICIAL. EDUCACIÓN SUPERIOR TÉCNICA EDUCACIÓN SUPERIOR ARTÍSTICA

**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:

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? SI NO

**OTROS DATOS**

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

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

¿Tiene alguna discapacidad?

SI

NO

En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:

Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico Múltiple

Auditiva: Sorda / Sordo Neuromotora

Intelectual Sordoceguera

Motora

Trastornos Emocionales Severos

Trastornos Específicos del Lenguaje

¿Posee Certificado Único de Discapacidad?

Visual: Ciega / Ciego SI NO

Visual: Disminuida / Disminuido visual

En caso aﬁrmativo: ¿El certificado se encuentra vigente? SI NO

¿Requiere adecuaciones para acceder al curso?

SI

NO

En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles?

**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

Falta o no funcionamiento de algún órgano

Quemaduras moderadas o severas Problemas de piel

Alteraciones sanguíneas

Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación

Convulsiones

Otro problema en los huesos o articulaciones

Presión arterial elevada

Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas

Diabetes

Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos

Problemas / Condiciones cardíacas

Enfermedad oncohematológica

Celiaquía

Asma / Broncoespasmos a repetición

SI

NO

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

SI

NO

Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras

Dificultad para respirar durante o después de la actividad física

Mareos

Palpitaciones

Dolor fuerte en el pecho

Desmayos

SI

NO

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

SI

Indique la/s causa/s o diagnóstico/s

Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos

Internación en sala común

¿Cuántas veces?

NO

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

SI

¿Requirió internación?

SI NO

Otras

SI NO

Alimentos

SI NO

Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)

SI NO

Vacunas

SI NO

Picaduras de Insectos

SI NO

Medicamentos

NO

SI

¿Requirió internación?

NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación?

¿Tuvo alguna operación? SI NO En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

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

SI NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿en qué año?

Distrito:

Sector de gestión:

Estatal

Privado

Nombre Instituto: N°:

A completar por el establecimiento:

Clave provincial:

CUE:

# INSCRIPCIÓN

Se inscribe en carrera/s:

Turno solicitado:

Mañana

Tarde

Vespertino

# ESTUDIOS CURSADOS

¿Tiene secundario completo?

SI NO

En caso afirmativo, indicar tipo de institución que emite el título:

Bachiller en Educación Común Educación Técnica/ Educación Agraria

Bachiller en Educación Artística CENS / FinEs / CEBAS

Si no posee secundario completo, indicar número de acta o acto administrativo por el que ingresa (según art 7° de la Ley de Educación Secundaria):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Otros estudios superiores realizados: |  | | | |
| Carrera: |  | Completa: | SI | NO |
| Carrera: |  | Completa: | SI | NO |
| Carrera: |  | Completa: | SI | NO |
| **DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE** |  |  |  |  |
| Apellido/s: Nombre/s: |  |  |  |  |
| Teléfono: (cód. área: ) | Teléfono celular: (cód. área: | ) |  |  |
| Vínculo con estudiante: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO** |
| N° de Legajo: N° de Matriz: N° 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: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director:

