

**FICHA DE SOLICITUD DE VACANTE CICLO LECTIVO 2021**

**ASPIRANTES EXTERNOS**

**INDICAR NIVEL Y SECCION AL QUE ASPIRA INGRESAR (Marcar con X el que corresponda)**

<b>Nivel Inicial</b>	1º (3 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	2º (4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	3º (5 AÑOS)	<input type="checkbox"/>
<b>Nivel Primario</b>	1º Año	<input type="checkbox"/>	2º Año	<input type="checkbox"/>	3º Año	<input type="checkbox"/>
	4º Año	<input type="checkbox"/>	5º Año	<input type="checkbox"/>	6º Año	<input type="checkbox"/>
<b>Nivel Secundario</b>	1º Año	<input type="checkbox"/>	2º Año	<input type="checkbox"/>	3º Año	<input type="checkbox"/>
	4º Año	<input type="checkbox"/>	5º Año	<input type="checkbox"/>	6º Año	<input type="checkbox"/>

**DATOS DEL ASPIRANTE :**

APELLIDO Y NOMBRE:	<input type="text"/>		
Nº DE DOCUMENTO:	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>		
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>		
TELEFONO FIJO:	<input type="text"/>	CELULAR:	<input type="text"/>

BAUTISMO: SI  NO   
 En caso de contestar negativamente especificar el motivo:

TIENE ESCOLARIDAD? SI  NO

NOMBRE DEL COLEGIO DE PROCEDENCIA	DIRECCION	TELEFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CICLO : COMPLETO  INCOMPLETO

NOTA: En caso de haber concurrido a más de una institución detallar:

**INFORMACION DE SALUD:**

OBRA SOCIAL:  Nº DE AFILIADO:

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:**

TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?  
 SI  NO  CUAL?

DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS FUE INTERNADO ALGUNA VEZ?  
 SI  NO  POR QUÉ?

TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?  
 SI  NO

En caso **afirmativo** describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a:  No sabe:

Recibe tratamiento permanente?  
 SI  NO

Recibe tratamiento médico fonoaudiológico, psicológico, psicopedagógico, otros?  
 SI  NO

En caso **afirmativo** especifique:

HISTORIAL QUIRÚRGICO: SI  NO

En caso **afirmativo** especifique: EDAD:  TIPO DE CIRUGÍA:

PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA?

SI  NO

En caso **afirmativo** especifique:

OTROS PROBLEMAS DE SALUD:

**DATOS DE LOS PROGENITORES:**

**PADRE**

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DE DOCUMENTO:  FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:  EDAD:

DIRECCIÓN:

TELEFONO FIJO:  CELULAR:

PROFESIÓN/OFCIO:  MAIL:

**MADRE**

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DE DOCUMENTO:  FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:  EDAD:

DIRECCIÓN:

TELEFONO FIJO:  CELULAR:

PROFESIÓN/OFCIO:  MAIL:

**PROGENITOR AFIN**

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DE DOCUMENTO:  FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:  EDAD:

DIRECCIÓN:

TELEFONO FIJO:  CELULAR:

PROFESIÓN/OFCIO:  MAIL:

**PROGENITOR AFIN**

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DE DOCUMENTO:  FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:  EDAD:

DIRECCIÓN:

TELEFONO FIJO:  CELULAR:

PROFESIÓN/OFCIO:  MAIL:

Se denomina **progenitor afin** al cónyuge o conviviente con quien tiene a su cargo el cuidado personal del niño o adolescente.

MOTIVOS POR LOS CUALES ELIGE ESTA INSTITUCIÓN :

TIENE HERMANOS ASPIRANTES A OTROS CURSOS O NIVELES?

NOMBRE Y APELLIDO DEL O LOS HNOS	GRADO/AÑO 2020	NIVEL QUE CURSARÁ EN 2021
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SE HA ANOTADO EN INSCRIPCIONES EN AÑOS ANTERIORES? SI  NO

DESEA REALIZAR ALGUNA OBSERVACIÓN O ACLARACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE

LOS DATOS DENUNCIADOS EN LA PRESENTE PLANILLA SE CONSIGNAN EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.