

FICHA DE SOLICITUD DE VACANTE CICLO LECTIVO 2021

HERMANOS / HIJOS DE PERSONAL

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

Nivel Inicial	1º (3 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	2º (4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	3º (5 AÑOS)	<input type="checkbox"/>
Nivel Primario	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"/>
Nivel Secundario	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:			
Nº DE DOCUMENTO:			FECHA DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:			
DIRECCIÓN:			
TELEFONO FIJO:		CELULAR:	
BAUTISMO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso de contestar <u>negativamente</u> especificar el motivo:			

HERMANO: SI NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL O LOS HNOS	DOMICILIO	AÑO/GRADO	INICIAL/PRIM/SEC

HIJO DE PERSONAL: SI NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL EMPLEADO DEL COLEGIO	OBSERVACIONES

TIENE ESCOLARIDAD? SI NO

NOMBRE DEL COLEGIO DE PROCEDENCIA	DIRECCION	TELEFONO

CICLO : COMPLETO INCOMPLETO

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

INFORMACION DE SALUD:

OBRA SOCIAL:	<input type="text"/>	Nº DE AFILIADO:	<input type="text"/>
--------------	----------------------	-----------------	----------------------

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 ALERGIAS?

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:

NACIONALIDAD:

EDAD:

DIRECCIÓN:

TELEFONO FIJO:

CELULAR:

PROFESIÓN/OFCIO:

MAIL:

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

MOTIVOS POR LOS CUALES ELIGE ESTA INSTITUCIÓN :

REFERENCIAS U OBSERVACIONES QUE QUIERA REALIZAR:

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