

FICHA DE SOLICITUD DE VACANTE CICLO LECTIVO 2021
HIJOS DE EX ALUMNOS

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 NO

En caso de contestar negativamente especificar el motivo:

EL PADRE ES EX ALUMNO? SI NO

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DE DOCUMENTO: FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD: EDAD:

CURSADO: INICIAL COMPLETO INCOMPLETO

 PRIMARIO COMPLETO INCOMPLETO

 SECUNDARIO COMPLETO INCOMPLETO

AÑO DE INGRESO AL ESTABLECIMIENTO: AÑO DE EGRESO:

LA MADRE ES EX ALUMNA? SI NO

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DE DOCUMENTO: FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD: EDAD:

CURSADO: INICIAL COMPLETO INCOMPLETO

 PRIMARIO COMPLETO INCOMPLETO

 SECUNDARIO COMPLETO INCOMPLETO

AÑO DE INGRESO AL ESTABLECIMIENTO: AÑO DE EGRESO:

TIENE ESCOLARIDAD EL ASPIRANTE? 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.

SE HA ANOTADO EN INSCRIPCIONES EN AÑOS ANTERIORES? SI NO

DESEA REALIZAR ALGUNA OBSERVACIÓN O ACLARACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE

MOTIVOS POR LOS CUALES ELIGE ESTA INSTITUCIÓN :

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