

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20****EDUCACIÓN SUPERIOR**

FORMACIÓN DOCENTE INICIAL. EDUCACIÓN SUPERIOR TÉCNICA

EDUCACIÓN SUPERIOR ARTÍSTICA

N° _____

(A completar por el establecimiento)

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

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 Auditiva: Sorda / Sordo Intelectual Motora

Múltiple Neuromotora Sordoceguera Trastornos Emocionales Severos

Trastornos Específicos del Lenguaje Visual: Ciega / Ciego Visual: Disminuida / Disminuido visual

¿Posee Certificado Único de Discapacidad? SI NO

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		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiacía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Bachiller en Educación Común	<input type="checkbox"/> Bachiller en Educación Artística
<input type="checkbox"/> Educación Técnica/ Educación Agraria	<input type="checkbox"/> 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

Nº de Legajo: _____ Nº de Matriz: _____ Nº 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: _____