



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20

## EDUCACIÓN PRIMARIA

Nº \_\_\_\_\_

(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.: Nº:  NOIdentidad de género:  Mujer  Mujer trans / travesti  Varón  Varón trans / masculinidad trans  
 No binario  Otra  No desea responderLugar 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: Nº: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área: ) Teléfono celular: (cód. área: )

### OTROS DATOS

Hermanas o hermanos:  SI Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento: NO tiene hermanas o hermanos¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?  SI  NOEn caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:  SI  NO Otra/s lengua/s:  SI  NO¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?  SI  NO¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?  SI  NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

 A pie/Bicicleta  Transporte escolar DGCyE  Colectivo  Tren  Vehículo particular  Taxi/Rernis  Otro

### INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?  SI  NO En caso afirmativo: Obra social: Nº 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"/>
Celiacia	<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

¿Tiene disminución auditiva?  SI  NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos?  SI  NO

¿Tiene disminución visual?  SI  NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes?  SI  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?

## ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO	
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:

Sector de gestión:  Estatal  Privado

Nombre escuela:

Nº:

A completar por el establecimiento: Clave provincial:

CUE:

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País:  Argentina  Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia:  Buenos Aires  Otra (especificar):

Distrito:

Nivel/Modalidad:

Sector de gestión:  Estatal  Privado

Dependencia:  Oficial  Municipal  Nacional  Privada  Otros organismos

Nombre escuela:

Nº:

## INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: Año:  1  2  3  4  5  6

Turno solicitado:  Mañana  Tarde

Jornada:  Simple  Extendida  Completa / Doble escolaridad

## CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

- Ingresante al Nivel  Reinscripta / Reinscripto  Promovida/Promovido  
 En Período Extendido de Enseñanza  Repitente  
 Promovida/Promovido en Sistema de Promoción Acompañada. Consignar área/s pendiente/s:

## TRAYECTORIA EDUCATIVA

¿Asistió a jardín de infantes?  SI  NO

## INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión?  SI  NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

- Concurre a una Escuela Especial a contratar uno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión  
 No concurre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo?  SI  NO

## EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC):  SI  NO

Centro de Educación Física (CEF):  SI  NO

Escuela de Educación Estética:  SI  NO

## SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

- Comedor  Desayuno y Merienda

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante:  Madre  Padre  Tutor  Tutora  Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino?  SI, y tiene el DNI físico  SI, pero NO tiene el DNI físico  NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?  SI  NO

¿Posee documento extranjero?  SI, tipo de doc.: Nº:  NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo?  SI  NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Superior  Superior Universitario  Posgrado

¿Completó ese nivel?  SI  NO

## CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia  Trabaja  Busca trabajo  Realiza tareas de cuidado no pagas  Recibe jubilación o pensión

**DOMICILIO** Convive con la o el estudiante:  SI  NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: Nº: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área: ) Teléfono celular: (cód. área: )

Correo electrónico:

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante:  Madre  Padre  Tutor  Tutora  Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino?  SI, y tiene el DNI físico  SI, pero NO tiene el DNI físico  NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?  SI  NO

¿Posee documento extranjero?  SI, tipo de doc.: Nº:  NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo?  SI  NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó?  Primario  Secundario  Superior  Superior Universitario  Posgrado

¿Completó ese nivel?  SI  NO

### CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia  Trabaja  Busca trabajo  Realiza tareas de cuidado no pagas  Recibe jubilación o pensión

**DOMICILIO** Convive con la o el estudiante:  SI  NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área: ) Teléfono celular: (cód. área: )

Correo electrónico:

### RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: Nombre/s:

Tipo de doc: Nº: Describa restricción:

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

### 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 persona responsable: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director:



PCIA DE BUENOS AIRES

DGCYE

DEP

JEFATURA DE REGIÓN 3

LA MATANZA

LOMAS DEL MIRADOR

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES



EPN°30

"SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES"

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA**

CICLO LECTIVO.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO.....

AÑO: .....SECCIÓN.....

**Sres. PADRES DE LA ESCUELA PRIMARIA N°30.**

SE LES RECUERDA QUE LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA ES UNA MATERIA OBLIGATORIA EN EL DISEÑO CURRICULAR DEL NIVEL PRIMARIO, POR LO TANTO, SE GARANTIZA QUE TODOS LOS ALUMNOS/AS PARTICIPARÁN EN ÉSTE ÁREA, EXCEPTO AQUELLOS CASOS QUE, POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NO ESTÁN AUTORIZADOS A REALIZAR TRABAJOS FÍSICO, PERO SÍ TENDRÁN QUE PRESENCIAR LAS CLASES ADEMÁS DE CONFECCIONAR LOS TRABAJOS PRÁCTICOS QUE EL PROFESOR/RA CONSIDERE PERTINENTES HASTA PRESENTAR EL ALTA MÉDICA.

**IMPORTANTE:**

ME COMPROMETO A NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO DE SALUD A LA BREVEDAD AL PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA O AL MAESTRO EN FORMA PERSONAL DURANTE EL PRESENTE CICLO LECTIVO.

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN

.....  
.DNI

Lugar..... Fecha .....



EPN°30  
“SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES”

AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN

A LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA PRIMARIA N°30 EN MI CARÁCTER DE PADRE/MADRE /TUTOR  
RESPONSABLE DEL ALUMNO APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI.....

DE AÑO .....SECCIÓN .....

AUTORIZO ..... SI ...../..... NO ..... (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

A LA DGCYE DE LA PROVINCIA DE BS.AS A LA UTILIZACIÓN, EXHIBICIÓN Y/O REPRODUCCIÓN POR CUALQUIER MEDIO, Y CON FINES ESTRICAMENTE EDUCATIVOS, DE LAS IMÁGENES, VIDEOS Y SONIDOS REGISTRADOS EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EDUCATIVAS QUE SE REALIZAN BAJO SUPERVISIÓN DE AUTORIDADES ESCOLARES DEPENDIENTES DE LA DGCYE DE LA PROVINCIA DE BS AS.

RESPONSABLE APELLIDO Y NOMBRE.....

DNI.....

FIRMA

ACLARACIÓN

POR LA PRESENTE CUMPLO CON LO PRECEPTUADO POR EL ART. 53 DEL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN Y ART. 31 DE LA LEY 11.723, SIGNIFICANDO ÉSTA EL AVISO QUE PREVÉ LA NORMATIVA VIGENTE ARTÍCULO 53 C. C.C.N. DERECHO A LA IMAGEN. PARA CAPTAR O REPRODUCIR LA IMAGEN O LA VOZ DE UNA PERSONA, DE CUALQUIER MODO QUE SE HAGA, ES NECESARIO SU CONSENTIMIENTO, EXCEPTO EN LOS SIGUIENTES CASOS: A) QUE LA PERSONA PARTICIPE EN ACTOS PÚBLICOS; B) QUE EXISTA UN INTERÉS CIENCIÍFICO, CULTURAL O EDUCACIONAL PRIORITARIO. Y SI TOMEN LAS PRECAUCIONES SUFFICIENTES PARA EVITAR UN DAÑO INNECESARIO; C) QUE SE TRATE DEL EJERCICIO REGULAR DEL DERECHO DE INFORMAR SOBRE ACONTECIMIENTOS DE INTERÉS GENERAL. EN CASO DE PERSONAS FALLECIDAS PUEDEN PRESTAR EL CONSENTIMIENTO SUS HEREDEROS O EL DESIGNADO POR EL CAUSANTE EN SU DISPOSICIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD. SI HAY DESACUERDO ENTRE HEREDEROS DE UN MISMO GRADO, RESUELVE EL JUEZ. PASADOS VEINTE AÑOS DESDE LA MUERTE, LA REPRODUCCIÓN NO OFENSIVA ES LIBRE. ART. 31 LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL 11.723. EL RETRATO FOTOGRÁFICO DE UNA PERSONA NO PUEDE SER PUESTO EN EL COMERCIO SIN EL CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LA PERSONA MISMA Y MUERTA ÉSTA, DE SU CÓNYUGE E HIJOS O DESCENDIENTES DIRECTOS DE ÉSTOS, O EN SU DEFECTO, DEL PADRE O DE LA MADRE. FALTANDO EL CÓNYUGE, LOS HIJOS, EL PADRE O LA MADRE, O LOS DESCENDIENTES DIRECTOS DE LOS HIJOS, LA PUBLICACIÓN ES LIBRE. -LA PERSONA QUE HAYA DADO SU CONSENTIMIENTO PUEDE REVOCARLO RESARCiendo DAÑOS Y PERJUICIOS. -ES LIBRE LA PUBLICACIÓN DEL RETRATO CUANDO SE RELACIONE CON FINES CIENTÍFICOS, DIDÁCTICOS Y EN GENERAL CULTURALES, O CON HECHOS O ACONTECIMIENTOS DE INTERÉS PÚBLICO O QUE SE HUBIERAN DESARROLLADO EN PÚBLICO.



EST. 1917 - 100 ANIVERSARIO  
ESCUELA DE NIÑOS

EP N°30  
"SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES"

AUTORIZACIÓN DE RETIRO PARA OTROS ADULTOS RESPONSABLES

CICLO LECTIVO: .....

APELLIDO Y NOMBRE DEL RESPONSABLE: .....

EN MI CARÁCTER DE PADRE/ MADRE/ TUTOR/A RESPONSABLE DEL MENOR

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO.....

AÑO ..... SECCIÓN .....

AUTORIZO A:

1).....

DNI..... relación vincular ..... Tel. ....

2).....

DNI..... relación vincular ..... Tel. ....

3).....

DNI....., relación vincular..... Tel. ....

4).....

DNI....., relación vincular ..... Tel. ....

5).....

DNI.....relación vincular.....

Dicha información se anexa a Solicitud de inscripción- Adjuntar DNI de adultos autorizados sino perderá validez. En caso de retirarse en micro, combi, remís, u otras especificaciones anunciarlo en observaciones.

.....  
TELÉFONOS ALTERNATIVOS

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A DEL ALUMNOS