



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: Escuela de Artes Visuales “Martín Malharo”

Numero: 0002 Distrito: Gral Pueyrredón

Estatal ☒ Privado ☐

INSCRIPCION EL ALUMNO SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL:

Foba: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐
5☐ 6☐ 7☐ 8☐

DATOS DEL ALUMNO/A:

Tipo Doc: _____ N° Doc: _____ Estado del Documento: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Apellido/s : _____ Nombres: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio - Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____ Torre: _____

Localidad: _____Codigo Postal: _____ Telefono: _____ Cel: _____

N° Legajo: _____ N° Libro Matriz: _____ N° Folio : _____

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA: (Complete Solamente si el año pasado o este año el alumno concurreo a otro Establecimiento)

Jurisdiccion/Provincia: _____ Distrito: _____ Rama/Nivel: _____

Nombre del establecimiento: _____ N°: _____

Condicion del alumno en la inscripcion actual: Reinscripcion ☐ Ingresante ☐

DATOS DE LA MADRE, PADRE Y / O RESPONSABLE DEL ALUMNO / A (Completar si es menor de 18 Años)

Apellido/s de la Madre: _____ Nombres: _____

Nacionalidad: _____ Profesion u ocupacion: _____

CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporario ☐ Changas Jornalero ☐ No Trabaja y Busca ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐ Desocupado ☐ Otros ☐

Nivel de instruccion de la Madre: (Marque el ultimo nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐

Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año / grado: _____

¿Vive? SI ☐ NO ☐

Tipo Doc: _____ N° Doc: _____ Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Torre: _____ Dpto: _____

Localidad: _____Codigo Postal: _____ Telefono: _____ Cel: _____

Apellido/s del Padre: _____ Nombres: _____

Nacionalidad: _____ Profesion u ocupacion: _____

CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporario ☐ Changas Jornalero ☐ No Trabaja y Busca ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐ Desocupado ☐ Otros ☐

Nivel de instruccion del Padre: (Marque el ultimo nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐

Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año / grado: _____

¿Vive? SI ☐ NO ☐

Tipo Doc: _____ N° Doc: _____ Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Torre: _____ Dpto: _____

Localidad: _____Codigo Postal: _____ Telefono: _____ Cel: _____

Apellido/s de la TUTOR / RESPONSABLE: _____ Nombres: _____

Nacionalidad: _____ Profesion u ocupacion: _____

CONDICION DE ACTIVIDAD

Trabajo Permanente ☐ Trabajo Temporario ☐ Changas Jornalero ☐ No Trabaja y Busca ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐ Desocupado ☐ Otros ☐

Nivel de instruccion del Tutor - Responsable: (Marque el ultimo nivel alcanzado)

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Terciario ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐

Completo ☐ Incompleto ☐ Hasta el año / grado: _____

¿Vive? SI ☐ NO ☐

Tipo Doc: _____ N° Doc: _____ Estado del Doc: Bueno ☐ Malo ☐ En Tramite ☐ No posee ☐

Domicilio - Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Torre: _____ Dpto: _____

Localidad: _____Codigo Postal: _____ Telefono: _____ Cel: _____

JEFE DE HOGAR: Madre ☐ Padre ☐ Tutor / Responsable ☐

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/ s : _____ Nombres: _____ Tipo y N° Doc: _____

Vínculo / Parentesco con el alumno: _____

INFORMACION DE SALUD

Obra Social: _____ N° de Afiliado : _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periodicamente tratamiento o control médico?
SI ☐ NO ☐ ¿Cual?_____
¿Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?
SI ☐ NO ☐ ¿Por que?: _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:_____
La alergia se debe a: _____ No Sabe:_
¿Recibe tratamiento permanente?: SI ☐ NO ☐

TRATAMIENTOS:
¿Recibe tratamiento médico?: SI ☐ NO ☐ Especifique: _____
Quirurgicos: SI ☐ NO ☐ Edad: _____ Tipo de Cirugia:_____
¿Presenta alguna limitacion fisica?: SI ☐ NO ☐ Aclaracion: _____
Otros Problemas de Salud: _____

NO LLENAR
LOS PADRES

VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de vacunacion y la Guia de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento
VACUNACION: COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐ SIN DATOS ☐
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica
DETERMINACION DE: Talla (en centimetros)_____ Peso:_____ Kgrs. (Con 1 décimo)
Fecha de determinacion: ____/____/____.

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD
Recurrir a: Institucion: _____
Domicilo: _____ Telefono: _____

MEDICO Apellido: _____ Nombre: _____
Domicilio:_____ Telefono: _____

FAMILIAR Apellido: _____ Nombre: _____
Domicilio:_____ Telefono: _____

ACTUALIZACIONES:
Fecha: ____/____/____ Anual: SI ☐ NO ☐ ¿ Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describe los cambios de salud del alumno: _____

ACTUALIZACIONES:
Fecha: ____/____/____ Anual: SI ☐ NO ☐ ¿ Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describe los cambios de salud del alumno: _____

ACTUALIZACIONES:
Fecha: ____/____/____ Anual: SI ☐ NO ☐ ¿ Hay cambios? SI ☐ NO ☐
Describe los cambios de salud del alumno: _____

Incorporar Constancia de Restriccion Judicial para retirar al alumno del establecimiento.

La totalidad de los datos e informacion suministrada por quien suscribe la presente tiene caracter de Declaracion Jurada.
El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificacion de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Declaro conocer la situación epidemiológica que afecta al país y acepto las modalidades de cursada virtual, presencial y bimodal para el regreso seguro a clases, así como sus requerimientos.