



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 \_\_\_\_\_ EDUCACIÓN INICIAL

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: N°: \_\_\_\_\_ 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 (especifique): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 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  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

¿Percibe Asignación Universal por Hijo (AUH)?  SI  NO

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

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

## 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"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Mayor cansancio que sus compañeras o compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro problema en los huesos o articulaciones	<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)

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

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: \_\_\_\_\_ Sector de gestión:  Estatal  Privado

Nombre escuela: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

A completar por el establecimiento: Clave provincial: \_\_\_\_\_ CUE: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

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

País:  Argentina  Otro país: (especifique) \_\_\_\_\_

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia:  Buenos Aires  Otra (especifique) \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Nivel/ Modalidad: \_\_\_\_\_ Sector de gestión:  Estatal  Privado

Dependencia:  Oficial  Municipal  Nacional  Privada  Otros organismos

Nombre escuela: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

### INSCRIPCIÓN

Se inscribe en:

Edad (al 30/06 del año lectivo de inscripción)  45 días a 1 año  1 año  2 años  3 años  4 años  5 años

Turno solicitado:  Mañana  Tarde  Vespertino  Noche

Jornada:  Simple  Extendida  Completa / Doble escolaridad

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

Ingresante al Nivel  Regular  Reinscripta / Reinscripto

### TRAYECTORIA EDUCATIVA

Solo para estudiantes de 3 a 5 años de edad: ¿Asistió a Jardín Maternal?  SI  NO

### INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión?  SI  NO

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

Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión.

No concorre 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

## 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 \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Describe restricción: \_\_\_\_\_

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

## A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: \_\_\_\_\_ N° de Matriz: \_\_\_\_\_ N° 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: \_\_\_\_\_



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
2022 - Año del bicentenario del Banco de la Provincia de Buenos Aires

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Anexo I - Inscripción INICIAL

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.