



DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:					Nombre/s:							
Fecha de Nacimiento:	/	/										
¿Posee DNI argentino?	<input type="checkbox"/> SI, y tiene el DNI físico	<input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite										
	<input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO									
	¿Posee documento extranjero?	<input type="checkbox"/> SI, tipo de doc.:	Nº:	<input type="checkbox"/> NO								
Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer trans / travesti	<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Varón trans / masculinidad trans								
	<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> No desea responder									
Lugar de nacimiento:	<input type="checkbox"/> En Argentina	<input type="checkbox"/> En el extranjero	Nacionalidad:									
Solo para quienes marcaron Argentina:	Provincia:	<input type="checkbox"/> Buenos Aires	<input type="checkbox"/> 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:)											
Correo electrónico:												

OTROS DATOS

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Otra/s lengua/s:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO							
¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó?	<input type="checkbox"/> Primario	<input type="checkbox"/> Secundario	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Superior Universitario	<input type="checkbox"/> Posgrado							
¿Completó ese nivel?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
En caso de asistir actualmente a un establecimiento de nivel secundario: ¿A qué tipo de oferta u orientación asiste?	<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										
¿Tiene alguna discapacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:	<input type="checkbox"/> Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico	<input type="checkbox"/> Auditiva: Sorda / Sordo	<input type="checkbox"/> Intelectual	<input type="checkbox"/> Motora								
	<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Neuromotora	<input type="checkbox"/> Sordoceguera	<input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales Severos								
	<input type="checkbox"/> Trastornos Específicos del Lenguaje	<input type="checkbox"/> Visual: Ciega / Ciego	<input type="checkbox"/> Visual: Disminuida / Disminuido visual									
¿Posee Certificado Único de Discapacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
¿Requiere adecuaciones para acceder al curso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles?												

¿Percibe alguno/s de los siguientes planes o programas? Potenciar Trabajo Progresar Asignación Universal por Hijo (AUH)

SUMAR Potenciar Inclusión Joven Otro

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

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"/>
Celiaquía	<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?	SI	NO
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<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	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
				<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: Estatal Privado

Nombre establecimiento: N°:

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 de Formación Profesional)

País: Argentina Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: Buenos Aires Otra (especificar): Distrito:

Nombre establecimiento: N°:

Trayecto Iniciado:

A completar por el establecimiento: Código de Módulos Aprobados:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en (nombre del curso o trayecto):

Si corresponde inscripción parcial, detallar en cuál/cuáles módulos:

Turno: Mañana Tarde Noche

A completar por el establecimiento: Resolución N°:

Código Curso/Trayecto:

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

(Si la o el estudiante es menor de edad completar en caso de que corresponda)

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de doc:

N°:

Describe restricción:

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

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:



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2023 - Año de la democracia Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Planilla Inscripción CFP

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.