



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 \_\_\_\_\_**  
**EDUCACIÓN FÍSICA**  
**CENTRO DE EDUCACIÓN FÍSICA**

**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:                                    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:                                   Nº:                                   Piso:                                   Torre:                                   Depto: \_\_\_\_\_

Entre calle:                                   y calle:                                   Otro dato: \_\_\_\_\_

Provincia:                                   Distrito:                                   Localidad: \_\_\_\_\_

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

**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?
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
Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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"/>			

### ANTE UN PROBLEMA DE SALUD EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN FÍSICA

Recurrir a

#### Institución:

Domicilio: Teléfono celular: (cód. área: )

**Médico.** Apellido/s: Nombre:

Domicilio: Teléfono celular: (cód. área: )

**Familiar.** Apellido/s: Nombre:

Domicilio: Teléfono celular: (cód. área: )

### DATOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN FÍSICA DONDE SE INSCRIBE

Distrito: Sector de gestión:  Estatal  Privado

Nombre establecimiento: N°:

A completar por el establecimiento: Clave provincial: CUE:

### INSCRIPCIÓN

Se inscribe en

Propuesta educativa: Turno:  Mañana  Tarde  Vespertino

Edad (al 30/06 del año lectivo de inscripción):  3 a 5 años  6 a 8 años  9 a 11 años

12 a 14 años  15 a 18 años  19 a 30 años  31 a 60 años  61 años en adelante

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE ASISTE

Nivel/Modalidad: Sector de gestión:  Estatal  Privado

Dependencia:  Oficial  Municipal  Nacional  Privada  Otros organismos

Nombre escuela: N°:

Año de estudio:

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1 (SOLO PARA ESTUDIANTES MENORES DE 18 AÑOS)**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°: \_\_\_\_\_  NOProfesión u ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educativo?  SI  NOEn 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 (SOLO PARA ESTUDIANTES MENORES DE 18 AÑOS)**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°: \_\_\_\_\_  NOProfesión u ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educativo?  SI  NOEn 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: \_\_\_\_\_

## ACTUALIZACIONES DE SALUD

Fecha:    /    /                      Anual:    SI    NO            ¿Hay cambios?    SI    NO

En caso afirmativo, describir los cambios de salud:

Firma y aclaración persona responsable:

Fecha:    /    /                      Anual:    SI    NO            ¿Hay cambios?    SI    NO

En caso afirmativo, describir los cambios de salud:

Firma y aclaración persona responsable:

Fecha:    /    /                      Anual:    SI    NO            ¿Hay cambios?    SI    NO

En caso afirmativo, describir los cambios de salud:

Firma y aclaración persona responsable:

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 CEF

---

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