



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	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?

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Tipo:  Escuela de Educación Primaria Adultos (EEPA)  Centro de Educación de Adultos (CEA)  Centros No Nucleados (CNN)

Distrito:

Nombre escuela:

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)

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:

N°:

### INSCRIPCIÓN

Se inscribe en:

A completar por el establecimiento:  Ciclo Alfabetización  Ciclo Formación Integral  Ciclo Formación por Proyecto

Turno:  Mañana  Tarde  Noche  Vespertino

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

Ingresante al Nivel  Promovida / Promovido  Reinscripta / Reinscripto

### 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°:  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 (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°:  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 CONTACTO ADULTO REFERENTE (SOLO PARA ESTUDIANTES DE 18 AÑOS O MÁS)

Apellido/s: Nombre/s:

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

Vínculo con estudiante:

## 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:

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 Adultos Primaria

---

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