



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 CON EL QUE SE VINCULA LA SEDE DONDE SE INSCRIBE

Distrito: \_\_\_\_\_

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

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

### DATOS DE LA SEDE EN LA QUE SE INSCRIBE

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (cód. área: \_\_\_\_\_ )

Nombre de Sede: \_\_\_\_\_

Responsable de Sede: \_\_\_\_\_

### 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°: \_\_\_\_\_

Último año de estudio cursado: \_\_\_\_\_

Último año de estudio aprobado: \_\_\_\_\_

¿Tiene materias pendientes de aprobación?  SI  NO

En caso afirmativo, completar el cuadro a continuación:

Materia pendiente de aprobación	Año de estudio	Año calendario en que la cursó

### INSCRIPCIÓN

Se inscribe en:  FinEs Trayecto – Orientación Ciencias Sociales

FinEs Trayecto – Orientación Gestión y Administración

Turno:  Mañana  Tarde  Noche  Vespertino

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

Ingresante a FinEs  Reinscripta/ Reinscripto  Regular

¿Adjunta documentación?  SI  NO

En caso afirmativo, completar el cuadro a continuación:

	SI	NO		SI	NO
Constancia de estudios anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constancia de CUIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificación de estudios anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fotocopia de partida de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de DNI actualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### DATOS DE CONTACTO ADULTO REFERENTE

Apellido/s:

Nombre/s:

Teléfono: (cód. área: )

Teléfono celular: (cód. área: )

Vínculo con estudiante:

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: / /



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

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

**Número:**

**Referencia:** Planilla Inscripción Adultos FinEs

---

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