



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

## EDUCACIÓN ESPECIAL INSCRIPCIÓN EN ÁMBITO HOSPITALARIO/ DOMICILIARIO

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

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

SUMAR  PROMOVER

¿Proviene de ámbito rural?  SI  NO

¿Tiene alguna discapacidad?  SI  NO

En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:

Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico  Auditiva: Sorda / Sordo  Intelectual  Motora

Múltiple  Neuromotora  Sordoceguera  Trastornos Emocionales Severos

Trastornos Específicos del Lenguaje  Visual: Ciega / Ciego  Visual: Disminuida / Disminuido visual  Sin definir

¿Posee Certificado Único de Discapacidad?  SI  NO

En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente?  SI  NO

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL QUE SE INSCRIBE

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

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

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

### INSCRIPCIÓN EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO/HOSPITALARIO

Se inscribe en:  Educación Hospitalaria  Educación Domiciliaria

A completar por el establecimiento: Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de finalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (complete cuando corresponda)

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA**Distrito: \_\_\_\_\_ Sector de gestión:  Estatal  Privado

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

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

**NIVEL / MODALIDAD / AÑO DE ESTUDIO QUE CURSA****En una escuela de Educación Común / Artística / Técnica / Agraria:**

Nivel Inicial:  Lactantes  Deambulantes  Sala de 2 años  
 1ra. Sección (Sala de 3 años)  2da. Sección (Sala de 4 años)  3ra. Sección (Sala de 5 años)

Nivel Primario:  1° Año  2° Año  3° Año  4° Año  5° Año  6° Año

Nivel Secundario:  1° Año  2° Año  3° Año  4° Año  5° Año  6° Año  7° Año

**En una escuela de Educación de Jóvenes, Adultos y Adultos Mayores:**

Nivel Primario

Nivel Secundario:  CENS / CEBAS / Secundaria con Formación Profesional  Educación a Distancia  FinEs

**En una escuela de Educación Especial**

Nivel Inicial:  1° Ciclo (ATDI)

Nivel Primario:  2° Ciclo:  1 Sección  2 Sección  3 Sección

Propuesta de Formación Integral (CFI / SAFI):  Ciclo Básico  Ciclo Superior

Tipo de formación  Formación General  Formación Técnica

Año de estudio (complete solo en caso de que corresponda)  1° Año  2° Año  3° Año  4° Año  5° Año  6° Año

**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°: \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES**

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo de doc: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Describa 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 V- ESPECIAL HOSPITALARIO DOMICILIARIO

---

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