



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 _____

EDUCACIÓN ESPECIAL INSCRIPCIÓN EN SEDE

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

Hermanas o hermanos: SI Cantidad: ____ Cantidad que asiste a este establecimiento: ____
 NO tiene hermanas o hermanos

¿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

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marque todas las opciones que correspondan)

A pie /Bicicleta Transporte escolar DGCyE Colectivo Tren Vehículo particular Taxi / Remis Otro

¿Proviene de ámbito rural? SI NO

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

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"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Mayor cansancio que sus compañeras o compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro problema en los huesos o articulaciones	<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
				<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? _____

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración: _____

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)

Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tos crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Celiaquía	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete solo si el año pasado o este asistió a otro establecimiento)

País: Argentina Otro país: (especifique) _____

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: Buenos Aires Otra (especifique) _____ Distrito: _____

Nivel/ Modalidad: _____ Sector de gestión: Estatal Privado

Dependencia: Oficial Municipal Nacional Privada Otros organismos

Nombre escuela: _____ N°: _____

INSCRIPCIÓN EN SEDE

NIVEL INICIAL:

1° Ciclo (ATDI)

2° Ciclo: 1 Sección 2 Sección 3 Sección

Turno solicitado: Mañana Tarde

NIVEL PRIMARIO:

1° Ciclo 2° Ciclo

1° Año 2° Año 3° Año 4° Año 5° Año 6° Año

Turno solicitado: Mañana Tarde

Jornada: Simple Extendida Completa

PROPUESTA DE FORMACIÓN INTEGRAL (CFI / SAFI):

Ciclo Básico Ciclo Superior

Tipo de formación (Si se inscribe en ambas marcar las dos opciones) 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

Turno solicitado: Mañana Tarde Vespertino

Jornada: Simple Extendida Completa

TRAYECTOS CURRICULARES COMPARTIDOS

(A completar por el establecimiento) ¿Realiza un trayecto curricular compartido? SI NO

En caso afirmativo:

Distrito: _____ Localidad: _____ Sector de gestión: Estatal Privado

Nombre escuela: _____ N°: _____

Clave provincial: _____ CUE: _____

¿Con qué frecuencia la realiza? Una vez por semana Dos veces por semana Tres veces por semana Más veces

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones? Centro Educativo Complementario (CEC): SI NO

Centro de Educación Física (CEF): SI NO

Escuela de Educación Estética: SI NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

Comedor

Desayuno y Merienda

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 2Vínculo 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 IV- Inscripción ESPECIAL en SEDE

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