

¿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	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?

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"/>			

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:

Sector de gestión: Estatal Privado

Nombre de la institución:

N°

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en (edad al 30/06 del año lectivo de inscripción):

45 días a 1 año 1 año 2 años

Turno solicitado: Mañana Tarde

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

Si

No

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con el alumno/a: Madre Padre Tutor Tutora Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad: ¿Posee DNI argentino?

SI y tiene DNI físico

SI, pero NO tiene el DNI físico

NO posee DNI argentino

Si, digital

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 Universitario Posgrado
¿Completó ese nivel? SI NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja No trabaja Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con el alumno/a: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

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

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con el alumno/a: 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, digital 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 Universitario Posgrado

¿Completó ese nivel? SI NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

Estudia Trabaja No trabaja Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con el alumno/a: SI NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

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

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.

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: / /