



Jardín de Infantes - Escuela Cumelén

Di.E.Ge.P. Nro. 2913 - 6000 - 7968

Merlo - Provincia de Buenos Aires

"Un lugar de bienestar"



tel: 0220 -4864882

Estudiante: _____

D.N.I: _____



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: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 (especificar):

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 Asignación Universal por Hijo (AUH)?

☐ SI

☐ NO

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

☐ A pie/Bicicleta

☐ Transporte escolar DGCyE

☐ Colectivo

☐ Tren

☐ Vehículo particular

☐ Taxi/Remis

☐ Otro

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	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿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	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿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	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ 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	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado
Nombre escuela:	Nº:
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: Nº:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: Año: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde

Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel

☐ Reinscripta / Reinscripto

☐ Promovida/Promovido

☐ En Período Extendido de Enseñanza

☐ Repitente

☐ Promovida/Promovido en Sistema de Promoción Acompañada. Consignar área/s pendiente/s:

TRAYECTORIA EDUCATIVA

¿Asistió a jardín de infantes? ☐ SI, desde sala de 3 años ☐ SI, desde sala de 4 años ☐ SI, solo a sala de 5 años ☐ NO

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO

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

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°: ☐ 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

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°:	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 persona responsable:	Aclaración:
Fecha de inscripción: / /	Firma Directora o Director: