



**DATOS ESTUDIANTE**

Apellido/s:		Nombre/s:			
Fecha de Nacimiento: / /					
¿Posee DNI argentino?		<input type="checkbox"/> SI, y tiene el DNI físico		<input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite	
		<input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite		<input type="checkbox"/> 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)?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
		¿Posee documento extranjero?		SI, tipo de doc.: N°: <input type="checkbox"/> NO	
Identidad de género:		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer trans / travesti <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Varón trans / masculinidad trans			
		<input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No desea responder			
Lugar de nacimiento:		<input type="checkbox"/> En Argentina <input type="checkbox"/> En el extranjero		Nacionalidad:	
Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia:		<input type="checkbox"/> Buenos Aires <input type="checkbox"/> Otra (especificar):			
Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito:		Localidad:			
<b>DOMICILIO</b> Calle:		N°:		Piso: Torre: Depto:	
Entre calle:		y calle:		Otro dato:	
Provincia:		Distrito:		Localidad:	
Teléfono: (cód. área: )		Teléfono celular: (cód. área: )			
Correo electrónico:					

**OTROS DATOS**

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Otra/s lengua/s: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> A pie/Bicicleta <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/> Taxi/Remis <input type="checkbox"/> Otro					
¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:					
<input type="checkbox"/> Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico		<input type="checkbox"/> Auditiva: Sorda / Sordo		<input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Motora	
<input type="checkbox"/> Múltiple		<input type="checkbox"/> Neuromotora		<input type="checkbox"/> Sordoceguera <input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales Severos	
<input type="checkbox"/> Trastornos Específicos del Lenguaje		<input type="checkbox"/> Visual: Ciega / Ciego		<input type="checkbox"/> Visual: Disminuida / Disminuido visual	
¿Posee Certificado Único de Discapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿Requiere adecuaciones para acceder al curso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles?					

**INFORMACIÓN DE SALUD**

¿Posee obra social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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	

¿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 EN EL QUE SE INSCRIBE

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

Nombre Instituto: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

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

## INSCRIPCIÓN

Se inscribe en carrera/s: \_\_\_\_\_

Turno solicitado:  Mañana  Tarde  Vespertino

## ESTUDIOS CURSADOS

¿Tiene secundario completo?  SI  NO

En caso afirmativo, indicar tipo de institución que emite el título:

Bachiller en Educación Común  Bachiller en Educación Artística

Educación Técnica/ Educación Agraria  CENS / FinEs / CEBAS

Si no posee secundario completo, indicar número de acta o acto administrativo por el que ingresa (según art 7° de la Ley de Educación Secundaria): \_\_\_\_\_

Otros estudios superiores realizados:

Carrera: Completa:  SI  NO

Carrera: Completa:  SI  NO

Carrera: Completa:  SI  NO

### DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE

Apellido/s: Nombre/s:

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

Vínculo con estudiante:

### 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: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director: