



**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:     B u enos Aires     O t r a (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:    )

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS**

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?     SI  NO

En caso afirmativo: L e n g u a / s i n d í g e n a / s     SI  NO    Otra/s lengua/s:     SI  NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?     SI  NO

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

A pie/Bicicleta     Colectivo     Tren     Vehículo particular     Taxi/Remis     Otro

¿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

¿Posee Certificado Único de Discapacidad?     SI  NO

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

¿Requiere adecuaciones para acceder al curso?     SI  NO

En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles? \_\_\_\_\_

**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"/>	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?
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: Carrera: Carrera:

Completa:  S  NO

Completa:  I  NO

Completa:  S  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: