



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?	<input type="checkbox"/> 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"/> B u enos Aires	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo: L e n g u a / s i n d í g e n a / 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?
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:

