



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20**  
**EDUCACIÓN SUPERIOR**  
FORMACIÓN DOCENTE INICIAL. EDUCACIÓN SUPERIOR TÉCNICA  
EDUCACIÓN SUPERIOR ARTÍSTICA

**N°** \_\_\_\_\_  
(A completar por el establecimiento)

## 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:                                                            |        | Nacionalidad:                                                                                                                                                           |                               |
| <input type="checkbox"/> En Argentina <input type="checkbox"/> En el extranjero |        |                                                                                                                                                                         |                               |
| 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:                                                                                                                                                                                 |  | Otra/s lengua/s:                                        |  |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                  |  | <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: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Privado |
| Nombre Instituto:                                     | Nº:                                                                                  |
| 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 7º 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: