

FECHA: ___ / ___ / ___ NIVEL SECUNDARIO

AÑO (CURSO): _____
que cursará en 2020

Ficha de Datos Personales REMATRICULACION-----ADMINISTRACIÓN

Datos del AlumnoApellido y Nombres _____
Consiguar como figura en DNI
Doc. Tipo _____ N° _____ Nacionalidad: _____
Domicilio _____ Piso _____ Dto _____ Teléfono _____**Datos del Padre/ Tutor**Apellido y Nombre _____
Lugar y fecha de nacimiento _____
Doc. Tipo _____ N° _____ Nacionalidad: _____
Domicilio _____ Piso _____ Dto _____ Teléfono _____
Celular _____ E-Mail _____
Trabaja en relación de dependencia Trabaja por cuenta propia
Lugar donde trabaja _____ Cargo _____
Domicilio del trabajo _____ TEL. _____**Datos de la Madre / Tutor**Apellido y Nombre _____
Lugar y fecha de nacimiento _____
Doc. Tipo _____ N° _____ Nacionalidad: _____
Domicilio _____ Piso _____ Dto. _____ Teléfono _____
Celular _____ E-Mail _____
Trabaja en relación de dependencia Trabaja por cuenta propia
Lugar donde trabaja _____ Cargo _____
Domicilio del trabajo _____ TEL. _____Por razones administrativas, indicar el responsable del cumplimiento de las cuotas escolares
(Apellido y Nombre) _____

Completar la solicitud precedente implica el expreso conocimiento y aprobación del Ideario Institucional y del Acuerdo Institucional de Convivencia, la conformidad con los criterios en que se imparte la enseñanza, con los modelos de evaluación, con los criterios de promoción y con los procedimientos administrativos.

Los responsables legales del alumno/a se comprometen a mantener actualizados sus datos personales informando cualquier tipo de cambio en los datos anteriormente consignados.

Los Señores Padres toman conocimiento y se notifican del Acuerdo Institucional de Convivencia (AIC), que implica la aceptación de todos sus términos, como así también de las normas administrativas sobre montos y formas de pago de aranceles y matrícula anuales. Dado que, en caso de incumplimiento, el ICT se reserva el derecho de admisión para el año siguiente (de acuerdo a la facultad conferida las instituciones de enseñanza privada por legislación vigente). La firma del presente acuerdo implica su total conocimiento y aceptación por parte del personal de la escuela, alumnos y familias; con el fin de comprometerse y adecuarse al logro de una sana convivencia.

Firma Madre / Tutor_____
Firma Padre / Tutor_____
Aclaración y DNI_____
Aclaración y DNI

FICHA DEL REGISTRO DE FIRMAS AUTORIZADAS PARA RETIRO ANTICIPADO

Completar con los datos de las personas mayores de edad autorizadas al retiro anticipado, junto a los datos de cada persona autorizada debe firmar nuevamente el padre, madre o adulto responsable. Caso contrario, la misma carecerá de validez.

Se le solicita tengan a bien limitar los retiros anticipados en casos de fuerza mayor por cuestiones organizativas y académicas.

Apellido y nombre del alumno:	
Apellido y nombre del padre:	Firma:
Apellido y nombre de la madre:	Firma:

Personas autorizadas a retirar al alumno:

1- Apellido y Nombre:	D.N.I.:	Vínculo:
Firma del autorizante:	Aclaración:	
2- Apellido y Nombre:	D.N.I.:	Vínculo:
Firma del autorizante:	Aclaración:	
3- Apellido y Nombre:	D.N.I.:	Vínculo:
Firma del autorizante:	Aclaración:	
4- Apellido y Nombre:	D.N.I.:	Vínculo:
Firma del autorizante:	Aclaración:	
5- Apellido y Nombre:	D.N.I.:	Vínculo:
Firma del autorizante:	Aclaración:	
6- Apellido y Nombre:	D.N.I.:	Vínculo:
Firma del autorizante:	Aclaración:	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Clave Provincial _____ CUE _____ ←...: A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO
Nombre _____ Nº _____ Distrito _____
SECTOR DE GESTION: Estatal Privado Municipal

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA

(Complete sólo si el año pasado o este año el alumno ha concurrido a otro establecimiento)

Clave Provincial _____ CUE _____ ←...: A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO Nivel/Modalidad _____
Nombre _____ Nº _____ Dirección _____
Localidad _____ Distrito _____ Provincia _____ País _____
SECTOR DE GESTION: Estatal Privado Municipal Nacional Otro

INSCRIPCIÓN

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL SECUNDARIO Ciclo Básico CESAJ Ciclo Superior Orientación _____ ←...: INDICAR ORIENTACION
AÑO 1 2 3 4 5 6
TURNO Mañana Tarde Noche Vespertino Intermedio
JORNADA Simple Completa Extendida Doble Escolaridad

CONDICION DEL ALUMNO EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL Ingresante Reinscripto Promovido Repitente

TRAYECTORIA DEL ALUMNO ¿Es alumno con pase? SI NO
¿Asistió como alumno integrado a otra institución educativa? SI NO

PARA INSCRIPCIÓN EN ITINERARIO FORMATIVO O SISTEMA DUAL

Inscripción en un Itinerario Formativo Inscripción en Sistema Dual

Establecimiento donde está inscripto en el Ciclo Superior Orientado

En este establecimiento
 En otro establecimiento Nombre _____ Nº _____
Distrito _____ CUE _____ ←...: A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

DATOS DEL ALUMNO

Tipo de Doc. _____ Nº _____ Posee En Trámite No Posee Estado del Doc. Bueno Malo
Apellido/s _____ Nombre/s _____
Sexo _____ Fecha de Nac. _____ Lugar de Nac. _____ Nacionalidad _____
DOMICILIO Calle _____ Nº _____ Piso _____ Torre _____
Dpto _____ Entre calles _____
Otro dato referido al domicilio _____
Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Teléfono Celular _____

Nº de Legajo _____ Nº de Matriz _____ Nº de Folio _____ ←...: A LLENAR POR EL ESTABLECIMIENTO

OTROS DATOS DEL ALUMNO

Hermanos SI NO Cantidad _____ Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento _____
Cantidad de habitantes en el hogar _____ Cantidad de habitaciones en el hogar _____ Otra lengua hablada en el hogar _____
Recibe ayuda escolar SI NO Obra social SI NO
¿Se encuentra incorporado en algún plan o programa? SI NO AUH Becas por excepción
 Progresar Otros
 Becas Judicializadas
Medio de transporte que lo acerca al establecimiento
 A pie Omnibus Auto particular Taxi/Remís Otro
CONTESTAN ALUMNOS DE 14 AÑOS Y MÁS
Tiene hijos menores de 3 años SI NO Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales SI NO

DATOS DE LA MADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ N° _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____
 Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
 Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
 ¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL PADRE

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Vive SI NO SI LA RESPUESTA ES NO FIN DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTA PERSONA

Tipo de Doc. _____ N° _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.
DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____
 Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
 Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
 ¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

DATOS DEL TUTOR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Nacionalidad _____ ¿Asistió a algún establecimiento educacional? SI NO
 ¿Nivel más alto que cursó? Primario Secundario Terciario Universitario ¿Completó ese nivel? SI NO
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Si no posee documento indicar En Trámite No Tiene Doc.

DOMICILIO Calle _____ N° _____ Piso _____ Torre _____
 Dpto _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Cód. Postal _____
 Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____
 ¿Es jefe del hogar? SI NO Profesión u ocupación _____

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Sólo Trabaja Trabaja y Estudia Trabaja y Recibe Jubilac. o Pensión Sólo Busca Trabajo Sólo Estudia
 Busca Trabajo y Estudia Busca Trabajo y Recibe Jubilac. o Pensión Jubilado/Pensionado Otro

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO

(Alumnos menores de 18 años)

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Vínculo/Parentesco con el alumno _____

RESTRICCIONES JUDICIALES

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Tipo de Doc. _____ N° _____ Restricción _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Obra Social _____ Nº Afiliado _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO ¿Cuál? _____

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

SI NO ¿Por qué? _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIAS? SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

La alergia se debe a _____ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique _____

Quirúrgicos SI NO Edad _____ Tipo de cirugía _____

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración _____

¿Otros problemas de salud? _____

NO LLENAR LOS PADRES	VACUNAS OBLIGATORIAS tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud Nº 2 de acuerdo a su cumplimiento <input type="checkbox"/> VACUNACION COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <i>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</i>
	DETERMINACION DE Talla (en centímetros) _____ Peso _____ Kgrs. (con 1 décimo) Fecha de la determinación _____ / _____ / _____

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA

RECURRIR A Institución _____
Domicilio _____ Teléfono _____

MEDICO Apellido/s _____ Nombre/s _____
Domicilio _____ Teléfono _____

FAMILIAR Apellido/s _____ Nombre/s _____
Domicilio _____ Teléfono _____

ACTUALIZACIONES

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO
 Describa los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO
 Describa los cambios de salud del alumno _____

Fecha _____ / _____ / _____ Anual SI NO ¿Hay cambios? SI NO
 Describa los cambios de salud del alumno _____

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

El abajo firmante se compromete a comunicar el establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de Inscripción _____ / _____ / _____ Firma del responsable _____ Aclaración _____ Firma del Director _____