

**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:	<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: La Plata

Sector de gestión:  Estatal  Privado

Nombre Instituto: Instituto Superior de Formación Docente

Nº: 17

A completar por el establecimiento: Clave provincial: 0001IS0017

CUE: 0608991-00

## INSCRIPCIÓN

Se inscribe en carrera/s: **Profesorado de Educación Inicial**

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: