



# 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 Primaria**

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: