



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 2026

EDUCACIÓN SUPERIOR

FORMACIÓN DOCENTE INICIAL. EDUCACIÓN SUPERIOR TÉCNICA
EDUCACIÓN SUPERIOR ARTÍSTICA

Nº _____

(A completar por el establecimiento)

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s:	Nombre/s:			
Fecha de Nacimiento:	/	/		
¿Posee DNI argentino?	☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite ☐ 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)?	☐ SI ☐ NO			
	¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: Nº: ☐ NO			
Identidad de género:	☐ Mujer ☐ Mujer trans / travesti ☐ Varón ☐ Varón trans / masculinidad trans ☐ No binario ☐ Otra ☐ No desea responder			
Lugar de nacimiento:	☐ En Argentina ☐ En el extranjero		Nacionalidad:	
Solo para quienes marcaron Argentina:	Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar):			
Solo para quienes marcaron Buenos Aires:	Distrito:		Localidad:	
DOMICILIO	Calle:	Nº:	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?	☐ SI ☐ NO			
En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:	☐ SI ☐ NO	Otra/s lengua/s:	☐ SI ☐ NO	
¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?	☐ SI ☐ NO			
Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)				
☐ A pie/Bicicleta	☐ Colectivo	☐ Tren	☐ Vehículo particular	☐ Taxi/Remis ☐ Otro
¿Tiene alguna discapacidad?	☐ SI ☐ NO			
En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:				
☐ Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico	☐ Auditiva: Sorda / Sordo	☐ Intelectual	☐ Motora	
☐ Múltiple	☐ Neuromotora	☐ Sordoceguera	☐ Trastornos Emocionales Severos	
☐ Trastornos Específicos del Lenguaje	☐ Visual: Ciega / Ciego	☐ Visual: Disminuida / Disminuido visual		
¿Posee Certificado Único de Discapacidad?	SI	NO		
	☐	☐	☐	
En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente?	☐ SI	☐ NO		
¿Requiere adecuaciones para acceder al curso?	☐ SI ☐ NO			
En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles?				

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?	☐ SI ☐ NO	En caso afirmativo: Obra social:	Nº 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	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿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	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿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	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ 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 SECUNDARIA EN MATEMÁTICA**

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

Nº de Legajo: Nº de Matriz: Nº 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: