



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 2026

## 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?
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: <input checked="" type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Bachiller en Educación Común	<input type="checkbox"/> Bachiller en Educación Artística
<input type="checkbox"/> Educación Técnica/ Educación Agraria	<input type="checkbox"/> 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: