



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.:	N°:	☐ 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:	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?	☐ 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:	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	☐	☐	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	☐	☐			
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐

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: SAN VICENTE	Sector de gestión: ☒ Estatal ☐ Privado
Nombre Instituto: INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN TÉCNICA	Nº: 93
A completar por el establecimiento: Clave provincial:	CUE: 0605631-00

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en carrera/s:

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: