

## ESCUELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA TÉCNICA N° 2 SAN ISIDRO

APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN ENTREGADA (FOTOCOPIAS)

	SI	NO
PLANILLA DE INSCRIPCIÓN COMPLETA Y FIRMADA		
D.N.I. DEL ALUMNO		
D.N.I. DEL ADULTO RESPONSABLE		
PARTIDA DE NACIMIENTO		
VACUNAS		
CERTIFICADO DE ESTUDIOS PRIMARIOS (PARA 1° AÑO)		
PASE		
CONSTANCIA DE ANALÍTICO EN TRÁMITE (2° A 6°)		
ANALÍTICO PARCIAL		
AUTORIZACIÓN RETIRO/OBJETOS PERSONALES		
AUTORIZACIÓN IMAGEN		
ACUERDO INSTITUCIONAL DE CONVIVENCIA/CUADERNO COMUNICACIONES		

### IMPORTANTE:

EL ADULTO RESPONSABLE SE COMPROMETE A ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN FALTANTE, YA QUE POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN LA ESCUELA NO PODRÁ:

- 1) AUTORIZAR A RENDIR EQUIVALENCIAS, ESPACIOS PENDIENTES DE ACREDITACIÓN/ ASIGNATURAS Y/O PREVIAS EN LOS TURNOS ESTABLECIDOS POR EL CALENDARIO ESCOLAR.
- 2) NO SE EXTENDERÁN CONSTANCIAS NI CERTIFICADOS.
- 3) SI LA PRESENTACIÓN DEL CERTIFICADO ANALÍTICO, COMPROBARA QUE NO COINCIDE CON LA CONSTANCIA PROVISORIA PODRÍA MODIFICARSE EL DICTAMEN DADO EN FORMA CONDICIONAL AL PRESENTAR LA SOLICITUD.

FIRMA DEL PADRE/MADRE Y/O ADULTO RESPONSABLE:.....

ACLARACIÓN:.....

D.N.I.:.....

FECHA:.....



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: )

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos:

☐ SI

 Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:

☐ NO tiene hermanas o hermanos

¿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

Percibe: Asignación Universal por Hijo (AUH):

☐ SI

☐ NO

Progresar:

☐ SI

☐ NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta

☐ Transporte escolar DGCyE

☐ Colectivo

☐ Tren

☐ Vehículo particular

☐ Taxi/Remis

☐ Otro

Contestan estudiantes de 14 años y más:

¿Tiene hijas o hijos menores de 3 años?

☐ SI

☐ NO

¿Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales?

☐ SI

☐ NO

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	<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	

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ 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?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Privado
Nombre escuela:	N°:
A completar por el establecimiento: Clave provincial:	CUE:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: <input type="checkbox"/> Buenos Aires <input type="checkbox"/> Otra (especificar):	Distrito:
Nivel/Modalidad:	Sector de gestión: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Privado
Dependencia: <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otros organismos	
Nombre escuela:	N°:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: <input type="checkbox"/> Ciclo Básico <input type="checkbox"/> Ciclo Superior <input type="checkbox"/> Aula de Fortalecimiento <input type="checkbox"/> Escuela Profesional Secundaria	
Orientación:	Año: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
Turno solicitado: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noche	
Jornada: <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Extendida <input type="checkbox"/> Completa / Doble escolaridad	

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel ☐ Promovida / Promovido ☐ Reinscripta / Reinscripto ☐ Repitente

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): ☐ SI ☐ NO

Centro de Educación Física (CEF): ☐ SI ☐ NO

Escuela de Educación Estética: ☐ SI ☐ NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor ☐ Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área: ) Teléfono celular: (cód. área: )

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: \_\_\_\_\_

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ ☐ NO

Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

**DOMICILIO** Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Torre: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Entre calle: \_\_\_\_\_ y calle: \_\_\_\_\_ Otro dato: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (cód. área: \_\_\_\_\_ ) Teléfono celular: (cód. área: \_\_\_\_\_ )

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo de doc: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Describa restricción: \_\_\_\_\_

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

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 persona responsable: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Directora o Director: \_\_\_\_\_

Fecha: .....

## OBJETOS PERSONALES

Por razones de conocimiento general la EEST N°2 de San Isidro les notifica que los artículos personales tales como celular, netbook, ipad, Tablet, auriculares, skate, bicicletas, gorras, etc., que los estudiantes puedan traer al establecimiento, están bajo la total responsabilidad de cada uno/a y del adulto responsable. El establecimiento no puede responder ante pérdidas, roturas o daños de los artículos mencionados. Asimismo, solicitamos que los estudiantes concurren a clases con los artículos indispensables y suficientes para ser utilizados en las clases correspondientes.

.....  
Firma del adulto responsable

Aclaración

.....  
DNI

.....  
Firma del estudiante

Aclaración

.....  
DNI

Fecha: .....

## AUTORIZACIÓN PARA RETIRO DE ESTUDIANTES

Por medio de la presente, .....(Apellido y nombre del adulto responsable)  
como adulto responsable del estudiante ..... de .....año .....división, de  
constancia que autorizo a retirar a mi hijo/a del establecimiento educativo a las personas abajo firmantes:

Nombre y apellido	DNI	Parentesco/Vínculo	Teléfono	Firma

Dejo expresamente aclarado que cada vez que necesite realizar un cambio en las personas autorizadas, me haré presente en la escuela para confeccionar una nueva ficha.

.....  
Firma del adulto responsable

Aclaración

.....  
DNI

Fecha: .....

Escuela de Educación .....Nº..... de .....

Acta de notificación de inasistencias

Del alumno..... de..... año ..... división- ciclo Polimodal

1. La Dirección notifica al Padre/Madre/Responsable del alumno/a, Sr/a .....  
.....que el mismo ha alcanzado a la fecha.....la cantidad  
de 10 (Diez) inasistencias.

Se le informa la situación de riesgo educativo que esta circunstancia podría acarrear, recordándole en este acto  
la normativa vigente sobre el particular.

Acompaña justificativos SI / NO por.....días.

Habiendo sido citado/a en fecha.....

Transcurridos 7 (siete) días de la citación, se deja constancia de la incomparencia del responsable del alumno.  <div>..... Autoridad a Cargo</div> <div>..... Preceptor</div>	Se notifica de lo presente:
	FIRMA DEL ALUMNO: .....
	FECHA: .....
	FIRMA DEL ADULTO..... Aclaración.....

2. La Dirección, notifica al Padre/Madre/Responsable del alumno/a,Sr/a .....  
.....que el mismo ha alcanzado a la fecha.....la cantidad  
de 20 (Veinte) inasistencias.

Se le informa la situación de riesgo educativo que esta circunstancia podría acarrear, recordándole en este acto  
la normativa vigente sobre el particular.

Acompaña justificativos SI / NO por.....días.

Habiendo sido citado/a en fecha.....

Transcurridos 7 (siete) días de la citación, se deja constancia de la incomparencia del responsable del alumno.  <div>..... Autoridad a Cargo</div> <div>..... Preceptor</div>	Se notifica de lo presente:
	FIRMA DEL ALUMNO: .....
	FECHA: .....
	FIRMA DEL ADULTO..... Aclaración.....

3. La Dirección, notifica al Padre/Madre/Responsable del alumno/a, Sr/a .....  
.....que el mismo ha alcanzado a la fecha.....la cantidad  
de 28 (Veintiocho) inasistencias.

Se le informa que el alumno/a ha perdido la condición de REGULAR, y sobre las consecuencias administrativas y  
académicas de tal situación.

Acompaña justificativos si/no por.....días.

Habiendo sido citado/a en fecha.....

Transcurridos 7 (siete) días de la citación, se deja constancia de la incomparencia del responsable del alumno  <div>..... Autoridad a Cargo</div> <div>..... Preceptor</div>	Se notifica de lo presente:
	FIRMA DEL ALUMNO: .....
	FECHA: .....
	FIRMA DEL ADULTO..... Aclaración.....

4. 1- El/La Señor/a.....Padre/Madre/Responsable del/a alumno/a  
solicita de acuerdo con la resolución 688/06 de la DGCyE, la extensión del límite de inasistencias y la continuidad de la  
condición de Alumno Regular.

Firma.....

DNI.....

Aclaración.....

Fecha.....

4. 2- Vista la solicitud del punto (4) y los antecedentes del caso, esta Dirección SI / NO concede, en acuerdo con los profesores del curso, la cantidad de.....inasistencias adicionales.  
Si / No manteniendo (hasta dicho limite) la condición de Alumno Regular.

Notificación Madre/Padre/Responsable:

Firma.....

Aclaración.....

Fecha.....

Firma.....

DNI.....

Fecha.....

5. 1- La Dirección, notifica al Padre/Madre/Responsable del alumno/a, Sr/a .....  
.....que el mismo ha alcanzado a la fecha.....la cantidad  
de ( ) inasistencias.  
Se le informa que el alumno ha perdido la condición de REGULAR, y sobre las consecuencias administrativas y académicas de tal situación.  
Acompaña justificativos SI / NO por.....días.  
Habiendo sido citado/a en fecha.....

Transcurridos 7 (siete) días de la citación, se deja constancia de la incomparencia del responsable del alumno		Se notifica de lo presente:
		FIRMA DEL ALUMNO: .....
		FECHA: .....
		FIRMA DEL ADULTO.....
		Aclaración.....

5. 2- La Dirección, notifica al Padre/Madre/Responsable del alumno/a, Sr/a .....  
.....que el mismo ha alcanzado a la fecha.....la cantidad  
de ( ) inasistencias.  
Se le informa que el alumno/a, continuará concurriendo al establecimiento en calidad de NO REGULAR.

Notificación Madre/Padre/Responsable:

Firma.....

Aclaración.....

Fecha.....

Firma.....

DNI.....

Fecha.....

6. 1 - Calificaciones:

Mat/Asig/Esp. Curr./ TTP/TpP/TAP	1º	2º	3º	4º	Mat/Asig/Esp. Curr./ TTP/TpP/TAP	1º	2º	3º	4º

6. 2 - Convivencia:.....Se le han aplicado..... amonestaciones/suspensiones  
Observaciones:.....

6. 3 -

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
Marzo																																
Abril																																
Mayo																																
Junio																																
Julio																																
Agosto																																
Septiembre																																
Octubre																																
Noviembre																																
Diciembre																																
Nota:																																