



**Solicitud de Inscripción- Ciclo Lectivo 2025**  
**EDUCACION SECUNDARIA**

**Datos del establecimiento: Escuela de la Comunidad Cristiana**  
Número: 6849 Distrito: **San Fernando**

**INSCRIPCION:** El alumno/a se inscribe en: (circule lo que corresponda)

NIVEL: SECUNDARIO	AÑO	1°	2°	3°	4°	5°	6°
-------------------	-----	----	----	----	----	----	----

**DATOS DEL ALUMNO:**  
 Tipo Doc:.....N° Doc:.....  
 Apellido:.....Nombre:.....  
 Sexo:..... Fecha de Nac.:...../...../..... Lugar del Nac.:.....  
 Nacionalidad.....  
 Domicilio: Calle:.....N°:.....Piso.....  
 Localidad:.....Código Postal:.....  
 Teléfono.....

**SERVICIO EDUCATIVO PROCEDENCIA:** (complete solo si el año pasado o este año el alumno concurrió a otro establecimiento)  
 Jurisdicción/ Provincia:..... Distrito:..... Rama/ Nivel:.....  
 Nombre del Establecimiento:..... Nro:.....  
 Condición del alumno en la inscripción actual:  
 Remitente Rescripto    Ingresante    Promovido    En Compensación

**Otros datos:**                    ¿Cuántos hermanos tiene?.....                    ¿Cuántos en este establecimiento?.....

**PROGENITORES :**  
 Apellido del **PROGENITOR 1:**.....Nombre:..... ¿Vive?  SI  NO  
 DNI:..... Nacionalidad:..... Profesión u ocupación:.....  
 Condición de actividad: Trabajo permanente    Estudiante    Jubilado    Rentista    Discapacitado    Otros.....  
**Nivel de Instrucción: (Marque el último nivel alcanzado)**  
**Ninguno**  **Primario**  **Secundario**  **Terciario**  **Universitario**  **Posgrado**   
**Completo**  **Incompleto**  **Hasta.....**  
 Domicilio: Calle:.....N°.....Piso:.....Localidad:.....  
 Código Postal:..... Teléfono:..... Celular:.....  
 e-mail:.....CUIL.....

Apellido del **PROGENITOR 2:**.....Nombre:..... ¿Vive?  SI  NO  
 DNI:..... Nacionalidad:..... Profesión u ocupación:.....  
 Condición de actividad: Trabajo permanente    Estudiante    Jubilado    Rentista    Discapacitado    Otros.....  
**Nivel de Instrucción: (Marque el último nivel alcanzado)**  
**Ninguno**  **Primario**  **Secundario**  **Terciario**  **Universitario**  **Posgrado**   
**Completo**  **Incompleto**  **Hasta.....**  
 Domicilio:Calle:.....N°.....Piso:.....Localidad:.....  
 Código Postal:..... Teléfono:..... Celular:.....  
 e-mail:.....CUIL.....

Apellido del **PROGENITOR AFIN**..... Nombre:.....  
 DNI:.....  
 Nacionalidad:..... Profesión u ocupación:.....  
 Domicilio-Calle:.....N°.....Piso:.....Localidad:.....  
 Código Postal:..... Teléfono:..... Celular:.....  
 email:.....CUIL.....

Otras personas responsables a retirar al alumno del establecimiento:  
 Apellido:.....Nombre:.....  
 N° Doc:..... Vinculo/Parentesco con el alumno:..... Tel:.....  
 Apellido:.....Nombre:.....  
 N° Doc:..... Vinculo/Parentesco con el alumno:..... Tel:.....  
 Apellido:.....Nombre:.....  
 N° Doc:..... Vinculo/Parentesco con el alumno:..... Tel:.....

### INFORMACIÓN DE SALUD

<b>Obra Social:</b>	<b>Grupo Sanguíneo:</b>
<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:</b>	
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?: <b>SI / NO ¿Cuál?</b> .....	
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?: <b>SI / NO ¿Por qué?</b> .....	
<b>¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI / NO</b>	
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones .....	
La alergia se debe a: ..... / No sabe / ¿Recibe tratamiento permanente? <b>SI / NO</b>	
<b>TRATAMIENTOS:</b>	
¿Recibe tratamiento médico? <b>SI / NO</b> - Especifique: .....	
Quirúrgicos: <b>SI / NO</b> Edad: ..... Tipo de cirugía: .....	
¿Presenta alguna limitación física? <b>SI / NO</b> Aclaración: .....	
Otros problemas de salud .....	
<b>VACUNAS OBLIGATORIAS:</b> Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, De acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA / INCOMPLETA / SIN DATOS En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica	
<b>DETERMINACIÓN DE:</b> Talla (en centímetros): ..... Peso: .....	
Fecha de determinación: ...../...../.....	
<b>SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA:</b>	
<b>Recurrir a:</b>	<b>Institución:</b> .....
	<b>Domicilio:</b> ..... <b>Teléfono:</b> .....
<b>Médico:</b>	<b>Apellido:</b> ..... <b>Nombre:</b> .....
	<b>Domicilio:</b> ..... <b>Teléfono:</b> .....
<b>Familiar:</b>	<b>Apellido:</b> ..... <b>Nombre:</b> .....
	<b>Domicilio:</b> ..... <b>Teléfono:</b> .....

**NOTA:**

- 1- *En caso de medicación temporal de importancia durante el ciclo lectivo se debe adjuntar nota, indicando el lapso de tiempo en uso, tipo y nombre de la medicación. El personal no está autorizado a suministrar ningún tipo de medicación.*
- 2- *Dejo constancia de la elección del servicio de transporte como toda relación legal con el mismo o persona responsable del retiro de mi hijo/a del Establecimiento queda bajo mi exclusiva responsabilidad eximiendo de la misma a la Institución.*
- 3- *Autorizo a que mi hijo/a sea fotografiado o filmado durante el año escolar sin que eso implique obligación de mi parte a adquirir dicho material. Autorizo asimismo al uso gratuito de la imagen y voz de mi hijo/a para su utilización, reproducción y/o exhibición de la misma por medio o formato de emisión/reproducción y/o difusión, para fines no comerciales y en contextos educativos, ya sea como parte de las actividades educativas y/o de sus producciones pedagógicas institucionales y/o divulgación de las mismas.*

Autorizo y me notifico de los ítems 1-2-3

*Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.*

*La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.*

Fecha de Inscripción.....

Firma del Responsable.....

Aclaración.....