MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA





**UNIDAD EDUCATIVA DE GESTIÓN PRIVADA N°61 “Eben – Ezer”**

Avda. Uruguay y Pr. David A. Fuertes TE. (03735) 431173

[eben\_ezerva@yahoo.com.ar](mailto:eben_ezerva@yahoo.com.ar)

Villa Ángela – CHACO (3540)

**PLANILLA ANEXA I – RESOLUCION N° 9858/12 M.E.C.C.T.**

**Solicitud de Ingreso a sala de 4° años**

**Datos del Alumno**:

Apellido y Nombre:………………………………………………………………………………….............

Fecha de Nacimiento: …/…/…. Lugar: ……………………Nacionalidad:………………………………..

Domicilio:(calle y numero):…………………………………………………………………………………

Barrio:…………………………………………….Departamento:………………………………………….

C.U.L.N°:………………………………. Mail:……………………………………………………………..

**Asignación Familiar**: SI NO **Salario Familiar** SI NO **Pertenece a Pueblo Originario**: SI NO

**Programa CAÍ**; SI NO **Discapacidad**: SI NO

Tipo de Discapacidad:…………………………………………….

Con seguimiento: Sector Estatal:……………………………………………………………….

Sector Privado:……………………………………………………………..

Sin Seguimiento Docente:……………………………………………….

**Datos de Crecimiento y Desarrollo del Alumno:**

**Peso (en kg.)………………………………………………Talla (en centímetros)……………………..**

**Fecha de Actualización:…………………………………………………………………………………..**

**Datos de la Familia o Responsables Parentales**:

**Madre**: Apellidos y Nombres:……………………………………………………………………………….

D.N.I. N°…………………….C.U.I.L.N°………………………Mail:……………………………………..

Fecha de Nacimiento: …../…. /….Lugar: …………………………….. Nacionalidad:…………………….

Domicilio: (Calle y n°)……………………………… Barrio: …………………...Departamento:…………

Teléfono Fijo…………………………Teléfono Móvil:……………………………………………………..

A cargo SI NO Responsable Parental: SI NO vive con el alumno: SI NO

Lugar de Trabajo:………………………….Domicilio Laboral:……………………………………………..

Ocupación:…………………………………Teléfono del Trabajo:…………………………………………

**Autorizados a retirar el/la alumno/a del Establecimiento**:

Nombre y Apellido:…………………………………………………………………………………………..

…………………………… ……………………

Firma Firma

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Padre:** Apellidos y Nombres:……………………………………………………………………………….

D.N.I. N°……………………………C.U.I.L.N°………………Mail:…………………………………….

Fecha de Nacimiento: …../…. /…….Lugar: ………………………. Nacionalidad:………………………

Domicilio: (Calle y N°)…………………………………Barrio:…………….Departamento:………………

Teléfono Fijo N°………………….Teléfono Móvil:………………………………………………………...

A cargo SI NO Patria Potestad: SI NO vive con el alumno: SI NO

Lugar de Trabajo:………………………….Domicilio Laboral:……………………………………………..

Ocupación:………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Padece las siguientes enfermedades: indicar con una cruz.** | **SI** | **NO** |
| Diabetes |  |  |
| Hemias |  |  |
| Convulsiones |  |  |
| Problemas Respiratorios |  |  |
| Problemas Cardiacos |  |  |
| Es alérgico (a que) consignar |  |  |
| En los últimos 60 días ha padecido: Luxaciones-Esguinces (torceduras de tobillos, hombros, muñecas, etc.) |  |  |
| Enfermedades Infectocontagiosas: (papera, sarampión, varicela, etc.) |  |  |
| Tuvo algún accidente que lo dejo incapacidad o impedimento? |  |  |

**Importante**: actualmente tiene alguna enfermedad o hay otra situación en particular que quisiera informar:…

……………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documentación para presentar:** | **SI** | **NO** |
| \*1 Carpeta colgante con Nepaco |  |  |
| \*Fotocopia de ambos lados de D.N.I. del Alumno |  |  |
| \*Fotocopia de Certificados o Partida de Nacimiento |  |  |
| \*Fotocopia de Carnet de Vacunas |  |  |
| \*Fotocopia de Constancia de C.U.I.L. ( sin el D.N.I. tiene el numero no hace falta la fotocopia) |  |  |
| \*Fotocopia de D.N.I. de ambos lados de los Responsables Parentales |  |  |
| \*Fotocopia de Recibo de sueldo de los Responsables |  |  |
| \*Los materiales a utilizar podrán retirar antes que comiencen las clase |  |  |
| \*Inscripción: |  |  |

-------------------------------- --------------------------- --------------------------------

Madre Padre Auxiliar Docente