**CICLO LECTIVO 2019 Planilla de inscripción 1° AÑO**

APELLIDO:………………………………………………………………………….............................

NOMBRES:………………………………………………………………………………………………

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:…………………………………………………………………………

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:…………………………………………………………………

PROVINCIA: …………………………………..….PAÍS:……………………….………………..

NACIONALIDAD:…………………………………CUIT/CUIL:………………………………….

TITULO NIVEL MEDIO: ……………………………………………………………………………..........................................

COMPLETO SI ☐ NO ☐ AÑO DE EGRESO: …………………………………………

OTORGADO POR: ……………………………………………………………………………………………………………….

TITULO NIVEL SUPERIOR/UNIVERSITARIO: ……………………………………………………………………………......

COMPLETO SI ☐ NO ☐ AÑO DE EGRESO: …………………………………………

OTORGADO POR: ……………………………………………………………………………………………………………….

¿PERTENECE A PUEBLO ORIGINARIO? ¿A CUAL?.....................................................................................................

**Información de Contacto:**

CORREO ELECTRÓNICO:…………………………………………………………………………………………………………

CALLE: …………………………………………….....Nº……………...BARRIO:………………………………………..………..

LOCALIDAD/PROVINCIA:……………………………………………TELÉFONO FIJO:(………………)……….……….……

TELÉFONO MÓVIL:(……………..) ………………………………….EN CASO DE URGENCIA:…………………………….

TRABAJA: SI ☐ NO ☐ OCUPACIÓN: ……………………………………………………….……

DOMICILIO LABORAL:…………………………………………………HORARIO LABORAL: ……………………………….

**Matriculación al Profesorado de:**

EDUCACIÓN INICIAL ☐ EDUCACIÓN PRIMARIA ☐ EDUCACIÓN ESPECIAL ☐

**Importante: es responsabilidad del/la estudiante actualizar su legajo en las fechas estipuladas por CEUR a efecto de no perder su regularidad. Como ingresante manifiesto conocer todos los términos y condiciones expresadas en el cuadernillo de ingresantes, referente a la inscripción y normativa para el cursado en el Nivel Superior**

Declaro que todos los datos consignados son veraces y exactos de acuerdo a mi saber y entender y que tienen valor de declaración jurada.

Lugar y Fecha:……...................................................................... Firma y Aclaración......................................................................

**RESERVADO PARA LA INSTITUCIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN FALTANTE** | | | |
| Fotocopia autenticada de DNI | | Constancia de certificado de estudio en trámite | |
| Fotocopia autenticada de título de Nivel Medio o constancia de finalización de estudio, deberá especificar la cantidad de materias que adeuda. | | | |
| Certificado laboral | Carpeta colgante tamaño oficio | | 2 Foto 4x4 |
| Certificado Antecedentes Policiales | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN** | | | |
| Apellidos: |  | | |
| Nombres: |  | Documento: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN** | | | |
| Fotocopia autenticada de DNI | | Constancia de certificado de estudios en trámite | |
| Fotocopia autenticada de título de Nivel Medio o constancia de finalización de estudio, deberá especificar la cantidad de materias que adeuda. | | | |
| Certificado laboral | Carpeta colgante tamaño oficio | | 2 Foto 4x4 |
| Certificado Antecedentes Policiales | | | |

**Importante: es responsabilidad del estudiante actualizar su legajo en las fechas estipuladas por CEUR a efecto de no perder su regularidad.**

|  |
| --- |
| La Dirección del ISFD 13 certifica que los datos anteriores son exactos. Se extiende la presente a pedido del interesado.  Lugar y fecha: ........................................................................................................................................................................  .  ........................................................................  Firma de Bedelía/Preceptoría |

**FICHA MÉDICA**

**DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO**

|  |
| --- |
| **Datos personales** |

Nombre y Apellido:………………………………………………………………………………………………………………………………… D.N.I.: ………………………………………………..

Fecha de Nacimiento:…........ /………../……......... Edad: …………..…………………………………………

Domicilio:………………………………………………………………………………………….…………………………………..

|  |
| --- |
| **En caso de urgencia avisar a** |

Contacto 1: Nombre y Apellido:……………………………….. ………………Relación/parentesco………………………………..……….

Domicilio:…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Teléfonos fijo y móvil:…………………………………………………………… Correo electrónico:…………………………………,………

Contacto 2: Nombre y Apellido:…………………………………………………Relación/parentesco………………………………………..

Domicilio:…………………………………………………………………………………………………………………………….………………

Teléfonos fijo y móvil:……………………………………………………………Correo electrónico:………………………….……………….

**DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO**

|  |
| --- |
| **Alimentación y Ejercicio** |

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Limitaciones para el ejercicio físico: ………………………………….……………………………………………………………………….….

¿Practica alguna actividad física? SI - NO ¿Cuál?................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Medicamentos** |

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? ………………………………………………………………………………….

¿Por qué enfermedad lo toma? ……………………………………………………………………………………………………………………

¿Tiene la vacuna Antitetánica?:……………………………………………….. Fecha:………………………………………….………………

|  |
| --- |
| **Ficha de control médico** |

Grupo Sanguíneo:…………………………………………………………………

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Patologías*** | ***¿Si?*** | ***¿No?*** | ***Observaciones: ¿Tiene Alguna restricción?-Tratamiento.*** |
| 1. Hipertensión Arterial |  |  |  |
| 2. Diabetes |  |  |  |
| 3. Alergias |  |  |  |
| 4. Afecciones respiratorias (asma, etc.) |  |  |  |
| 5. Cardiovasculares |  |  |  |
| 6. Osteomioarticulares |  |  |  |
| 7. Trastorno de Alimentación |  |  |  |
| 8. Epilepsia / Convulsiones |  |  |  |
| 9. Dificultades en la Visión |  |  |  |
| 10. Dificultades en la Audición |  |  |  |
| 11. Enfermedades de la Sangre |  |  |  |
| 12. Hepáticas |  |  |  |
| 13. Renales |  |  |  |
| 14. Motoras |  |  |  |
| 15. Celiaquismo |  |  |  |
| 16. Neurológicas |  |  |  |
| 17. Psicológicas |  |  |  |
| 18. Otras |  |  |  |

**Otra Información**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***¿Si?*** | ***¿No?*** | ***Observaciones:*** |
| ¿Está usted embarazada? |  |  |  |
| ¿Padece actualmente alguna enfermedad que requiera estudios o internaciones en los próximos meses? |  |  |  |
| Antecedentes de cirugías |  |  |  |
| Antecedentes de internaciones |  |  |  |

Firma del Médico

Sello y Fecha