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.Y T.**

**Solicitud de Ingreso a sala de 5° 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:**

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

……………………….. ……………………….

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** |
| \*1Carpeta Colgante con Nepaco |  |  |
| \*Fotocopia de Informe Final de sala de 4 Años |  |  |
| \*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.(si 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: |  |  |

……………………. ……………………… …………………………..

Firma Madre Firma Padre Firma Auxiliar Docente