

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 01-

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PRIMER AÑO

Solic. N° :

Apellido:..... Nombres:.....

DNI:..... Fecha de Nacimiento:.....

Nombre Madre:.....

Nombre Padre:.....

Tel: -

Dirección:.....

Email.

1) ¿Repitió algún grado? ____ ¿Cuál o cuáles? ____

2) ¿Qué materias les resultan más difíciles de aprender?

3) ¿Tiene CUD? ¿Necesita ayuda para estudiar?

Psicóloga/o ____ Psicopedagoga/o ____ Maestra/o de apoyo ____ otro ____

4) ¿Quién es o quiénes son sus tutores? ¿Con quién vive?

Algun dato que considere importante

Requisitos a adjuntar

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

- Fotocopia del DNI
- Constancia de alumno regular del 7mo grado o certificado de 7mo.

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

SOLICITUD DE ASPIRANTE A 1° AÑO

-Hoja 02-

(Completar con letra legible toda la solicitud)

Fecha:

DATOS DEL ASPIRANTE

Apellido y Nombres:

D.N.I. N°:

C.U.I.L. N°:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

C. Postal:

Tiene vinculación con el campo: SI - NO ¿Cuál?

DATOS ESCOLARES

Concurrió a la Escuela: N°:

Ubicación de la Escuela de Procedencia

Localidad	C. Postal	Departamento	Provincia

FIRMA DEL ASPIRANTE

Aclaración

FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR

Aclaración



PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 03-

DATOS FAMILIARES DEL ASPIRANTE

Aspirante:

Fecha:

DATOS DEL PADRE

Apellido y Nombres:

Vive; SI - NO

D.N.I. N°:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Cód. Postal:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):

DATOS DE LA MADRE

Apellido y Nombres:

Vive; SI - NO

D.N.I. N°:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Cód. Postal:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):

DATOS DEL TUTOR

Apellido y Nombres:

Vive; SI - NO

D.N.I. N°:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Cód. Postal:

Relación o vínculo con el alumno:

Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):



PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

CUESTIONARIO – Relevamiento sociodemográfico

Hoja 04- a

Fecha:

1. DATOS DEL ALUMNO/A - ASPIRANTE

a - Apellidos y Nombres:

DNI:			CUIL:		
Posee:	No posee:	En Trámite:	Posee:	No posee:	En Trámite:
Condición		Nacionalidad		Procedencia escolar	
Aspirante	Cursando	Argentino	Otra	Urbana	Rural

b - Motivo de elección de esta escuela

Por la familia	Por la orientación agrícola/forestal
Por decisión propia	Por contar con Residencia
Por el prestigio de la Escuela	Por recomendación

Otro:

c - ¿Realiza el alumno/a actividades extraescolares?

¿Cuáles?

Deportivas	Culturales	Otras

¿Cuál Actividad le gustaría realizar?:

d - Traslado del alumno/a a la institución

Medio propio	Medio contratado	Otro medio:	¿Cuál?

2 - Domicilio del alumno/a

a - Datos del domicilio

Barrio:	Km:	Calle:	Nº
Tel. Celular:	Correo electrónico:		

b - Ubicación del domicilio

Rural	Colonia	Pueblo	Ciudad

3 - ASPECTO HABITACIONAL a -(Tipo de vivienda)

Casa de Material	Casa de Madera	Departamento
Pensión	En construcción	Otro:.....

b - Cantidad de habitaciones sin contar baño y cocina

c- Cantidad de habitaciones para dormir

d- Tenencia de la vivienda

Propia	Alquilada	Prestada	Cedida por trabajo	Otra situación

e- ¿Cómo calificaría a su vivienda en relación a la comodidad para la habitabilidad del grupo conviviente? (Tenga en cuenta los siguientes indicadores; piso de material – techo de chapa – Provisión de agua – baño interno – electrodomésticos básicos – habitaciones suficientes – mobiliarios adecuados para la convivencia – espacios amplios)

Muy Buena	Buena	Regular	Mala

f- Este hogar cuenta con:

Heladera	Computadora	Teléfono de línea	Teléfono celular
Televisor	TV Satelital	TV por Cable	Internet



PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

CUESTIONARIO – Relevamiento sociodemográfico

-Hoja 5 - b

4. ASPECTO SANITARIO

a. Cobertura asistencial, si tiene mencione el nombre

Sí No Obra Social:
.....Mutual:
.....Prepaga:
.....

b. ¿Posee el alumno/a alguna patología de importancia?

Sí No

¿Cuál?

5. ASPECTO FAMILIAR

a. Tipo de familia conviviente

Nuclear <input type="checkbox"/>	Ensamblada <input type="checkbox"/>	Extendida <input type="checkbox"/>	Homoparental <input type="checkbox"/>	Monoparental <input type="checkbox"/>
Madre, padre, hijos	Formada por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con hijos se junta con padre viudo con hijos)	Incluye abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines	Pareja homosexual (hombres o mujeres) y sus hijos biológicos o adoptados.	Formada por uno solo de los padres (la mayoría de las veces la madre) y sus hijos

b. Cantidad de integrantes del grupo conviviente

Total:

Padre	Madre	Hermanos/as	Pareja madre	Pareja padre	Tíos/as	Abuelos/as	Otros

6. ASPECTO EDUCATIVO

a. Menciones Estudios cursados por los integrantes del grupo familiar

	Primario		Secundario		Terciario		Universitario	
	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.
Padre								
Madre								
Pareja madre								
Pareja padre								
Hermano/a								
Hermano/a								
Otro								

7. ASPECTO LABORAL

a. Indique las actividades laborales del grupo familiar

	¿Qué trabajo realiza?	Trabajador en relación de dependencia	Trabajador por cuenta propia	Trabajador temporario
Padre				
Madre				
Pareja madre				
Pareja padre				
Otro				

8. ASPECTO ECONÓMICO

a. ¿Quiénes son los encargados de sostener económicamente al alumno/a – aspirante?

Padre Madre Pareja padre Pareja madre Abuelos Otro
.....

b. ¿Recibe el alumno/a – aspirante ayuda escolar?

Beca Subsidio Asignación Universal por hijo Otro
.....



PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

			...
--	--	--	-----

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 06-

**CERTIFICACIONES MÉDICAS PARA LAS ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES
APTITUD CLÍNICA**

El/la..... D.N.I Nº:..... Con domicilio en
calle..... Nº..... Piso..... Dto..... De la localidad
..... CP..... Tel..... Goza de buena salud, sin
impedimento médico (de acuerdo al examen físico y estudios: Rx tórax, laboratorio,
osteoarticular - RX columna cérvico-dorso-lumbosacra) y neurológico que lo habilite a cursar
y/o practicar Educación Física y/o actividades subacuáticas.

LUGAR Y FECHA.....

.....
Firma del Médico

Sello del mismo

APTITUD CARDIOVASCULAR

El/la..... D.N.I Nº:..... Con domicilio en la
calle Nº..... Piso..... dto

De la localidad CP..... TEL.....

Goza de buena salud, sin impedimento de origen CARDIOVASCULAR que lo habilite a cursar
y/o practicar Educación Física y/o deportes y/o competición y/o actividades subacuáticas.

LUGAR Y FECHA.....

.....
Firma del Cardiólogo y/o Deportólogo

Sello del mismo

- Adjuntar el electrocardiograma.

ME COMPROMETO A COMUNICAR POR ESCRITO EN EL TÉRMINO DE 24 HORAS CUALQUIER CAMBIO DE LAS
CONDICIONES DEL EXAMEN DE SALUD Y ENTREGAR EN CINCO (5) DÍAS HÁBILES UN NUEVO EXAMEN DE SALUD
TOMANDO CONOCIMIENTO QUE LA PRESENTE CERTIFICACION DE APTITUD CADUCARÁ AL AÑO.

ME NOTIFICO EN EL DIA DEL MES DE DEL AÑO.....

LUGAR.....

Firma Del Padre o Tutor

Aclaración

D.N.I

.....
Firma Y Sello Responsable Autorizado

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 07-

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Por intermedio de la presente, doy mi autorización para que mi hijo/a
D.N.I. N° Reciba la atención médica correspondiente ante un problema de salud agudo y a ser trasladado en caso de emergencia a:

RECURRIR A:	Institución: Dirección: Teléfono:
Avisar al MEDICO:	Nombre y Apellido: Dirección: Teléfono:
Avisar a FAMILIAR:	Nombre y Apellido: Dirección: Teléfono:
Avisar a FAMILIAR:	Nombre y Apellido: Dirección: Teléfono:

Nombre y apellido:

(Padre, Madre o Tutor)

D.N.I. N°: Firma:

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 8-

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE IMÁGENES

(Marcar con una x lo que corresponda)

En mi carácter de representante del menor:

Alumno de la Escuela Agrotécnica Eldorado de la Universidad Nacional de Misiones, autorizo

Si No la institución a utilizar imágenes donde aparece el menor, para ser usado en publicidades gráficas, televisivas, páginas web de la Universidad, banners y folletos durante su escolaridad, con el objeto de promocionar los eventos que se desarrollan en el establecimiento.

.....

Firma del Padre, Madre o tutor

-Hoja 09-

Estimada Familia:

Recordemos inicialmente que la inscripción en la Escuela Agrotécnica Eldorado no es obligatoria. Ha sido el fruto de una elección. Cada familia, después de analizar posibilidades y de escuchar los deseos de los hijos/as, optó por la alternativa que ofrecemos. Ingresar a una escuela supone elegir y compartir criterios de organización institucional, valores, estilos de trabajo, principios filosóficos y objetivos institucionales. Todo ello se traduce en derechos y obligaciones concretas.

Tengamos presente al formalizar la inscripción las pautas mínimas para mantener el nivel educativo al que todos aspiramos

- 1. CONOCER – COMPARTIR – AYUDAR:** Esa es la secuencia. El buen resultado sólo es posible si familia y escuela transitan juntas el proceso de conocerse recíprocamente, compartir ideales, criterios determinados y ayudarse en la tarea educativa común.

2. COMUNICACIÓN: Es un derecho y un deber de los padres/tutores mantenerse informado sobre las trayectorias escolares de sus hijos/as. Un instrumento de enlace entre familia y escuela es el SIU Guaraní, <https://guarani.sistemas.unam.edu.ar> y los distintos canales de comunicación con la institución son: Dirección, Email: direccion@eae.unam.edu.ar Secretaría Académica: Email: acade_mica@eae.unam.edu.ar y Preceptoría: Email: preceptoria@eae.unam.edu.ar ; Página web: www.unam.edu.ar - www.eae.unam.edu.ar y el teléfono de la Escuela: 3751-431329/431722 Es obligación de los padres notificarse de todas las novedades.

3. CONSULTAS: en los dos turnos (mañana y tarde) el Equipo de Gestión se encuentra a su disposición. Recurra a ellos con sus dudas o sugerencias. Las entrevistas con docentes deben siempre efectuarse en la escuela y coordinadas por un directivo. Agradecemos no molestar a los/las docentes en sus domicilios ni fuera del horario de trabajo.

4. FICHA MÉDICA: El Formulario de. 'Examen de Salud', el formulario de. 'Consentimiento Informado para la Atención Médica', el formulario de 'Certificación médica para actividades extracurriculares', todos debidamente cumplimentados y firmados, deben ser entregados con la Solicitud de Ingreso. Sólo así podremos tener en cuenta las prevenciones que indique el médico de sus hijos/as (para Educación Física, Actividades Prácticas en los distintos sectores de aprendizaje, etc.).

5. ENTRADA Y SALIDA DE ALUMNOS/AS: Los alumnos/as ingresarán y egresarán de la escuela según la carga curricular prescripta y los horarios informados por la institución. En caso que el alumno/a deba retirarse por alguna causa, existe un formulario que será facilitado en preceptoría para que los padres o tutores completen con anterioridad y autoricen si así lo consideran.

6. HORARIOS: La escuela es de doble escolaridad. Recomendamos conocer los horarios de cada curso.

7. PAUTAS CONVIVENCIA, ASISTENCIA, INDUMENTARIA, GUARDIAS, etc, esta todo especificado en el Reglamento general de alumnos Res CS 027/2024 <https://www.eae.unam.edu.ar/index.php/la-escuela/normativa-vigente>

8. EVALUACIÓN: Cada espacio curricular posee sus propios criterios de evaluación que son da dos a conocer por el/la docente al comienzo del ciclo lectivo.

Recibí conforme y acepto las bases de la relación familia-escuela

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Firma Padre/Madre/Tutor</p> <p>Aclaración:</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Firma del Aspirante</p> <p>Aclaración:</p>
--	--

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

-Hoja 10-

Estimadas familias:

- Para realizar la inscripción definitiva al ciclo lectivo..... Deberán completar toda la documentación requerida y presentarla en la Escuela Agrotécnica Eldorado.

Nombre del Alumno:		
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		Fecha Entrega
1	Fotocopia del DNI del aspirante frente y reverso.	
2	Fotocopia del DNI de la Madre, Padre o Tutor.	
3	Constancia de finalización de la primaria completa o certificado de 7mo.	
4	Fotocopia de la partida de Nacimiento.	
5	Una foto tipo Carnet.	
6	Solicitud de aspirante completa.	
7	Cuestionario Relevamiento sociodemográfico.	
8	Consentimiento para las actividades extracurriculares.	
9	Consentimiento para la atención médica (Hoja 7)	
10	Consentimiento para el uso de imágenes (Hoja 8)	
11	Examen de Salud.	
12	Bases de la relación Familia-Escuela (hoja 9)	
13	Una carpeta colgante	
Firma Padre/Madre/Tutor		Firma Resp. Área Académica
.....	
Aclaración		Aclaración
		Aclaración

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELAS SALUDABLES

(Adaptado a la Escuela Agrotécnica Eldorado)

-Hoja 11-

Fecha: / /

DATOS DEL ALUMNO: (Marcar con X lo que corresponda)

Apellido/s: Nombres:
 DNI N°: Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masc. Fem. Otro Pref. No decir
 Domicilio: Departamento: Localidad:
 Tel.: / Nivel: Curso:

DATOS DEL PADRE MADRE O TUTOR: (Marcar con X lo que corresponda)

Apellido/s: Nombres:
 DNI N°: Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Trabaja Si No
 Domicilio: Departamento:
 Localidad: Tel.: / CUIL:
 Cobertura Social: Obra Social: Plan privado: Ninguna:

ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO

PESO: g TALLA: cm Tensión Arterial: / (mmHg)

SISTEMA O APARATO	NORMAL	PATOLÓGICO	DIAGNÓSTICO (OMS)
PIEL			
S.N.C			
OJOS			
OÍDOS			
NARIZ			
BOCA			
CUELLO			
AP. RESPIRATORIO			
AP. CARDIOVASCULAR			
AP. DIGESTIVO			
AP. URINARIO			
SIST. MUSCULAR			
SIST. OSTEOARTICULAR			
AP. VASCULAR PERIFÉRICO			
S.N.P.			

Antecedentes patológicos: SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Recibe alguna medicación: SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Usa Anteojos: SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Usa ORTESIS: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRÓTESIS: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SILLA DE RUEDAS: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALERGIA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	

Posee alguna discapacidad **FÍSICA** SÍ **PSÍQUICA** SÍ NO

Posee Certificado Provincial de Discapacidad (Ley N° 2707 y 24901) SÍ NO

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

¿Concurre a Rehabilitación? SÍ NO
 ¿Concurrió a Rehabilitación? SÍ NO

Grupo Sanguíneo:

Grupo: Factor RH:

Firma Bioquímico:.....

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PRIMER AÑO

FORM.D.2.4.1.1

Versión N° 1

Fecha: 17-06-25

HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELAS SALUDABLES

(Adaptado a la Escuela Agrotécnica Eldorado)

-Hoja 11-

CALENDARIO DE VACUNACIÓN (Marcar con una X lo que corresponda)

EDAD	BCG(1)	Hepatitis B (HB) (2)	Cuádruple bacteriana (DPT-Hib) (3)	Sabín (OPV) (4)	Triple Bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Doble Bacteriana (dTa) (8)
Recién nacido	1° dosis	1° dosis					
2 meses		2° dosis	1° dosis	1° dosis			
4 meses			2° dosis	2° dosis			
6 meses		3° dosis	3° dosis	3° dosis			
12 meses						1° dosis	
18 meses			4° dosis	4° dosis			
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2° dosis	
11 años		Iniciar o Completar esquema (3° dosis)				Refuerzo	
16 años							Refuerzo
Cada 10 años							Refuerzo
Otras							

APTO PARA EDUCACIÓN FÍSICA: SÍ / NO Causa:

Profesional del Sistema de Salud:

Apellido y Nombre:

Matrícula:

Centro Asistencial:

Fecha de Prestación:/..../.....

Firma y sello del profesional

Firma del Padre/Madre/Tutor

FICHA DENTAL ESCOLAR

Escuela:

Año que cursa:

1	<input type="checkbox"/>	2							
DERECHA	5	<input type="checkbox"/>	6						
	8	<input type="checkbox"/>	7						
4	<input type="checkbox"/>	3							
ZQUIERDA									

Observaciones:

Color **ROJO**: Prestaciones existentes
Color **AZUL**: Prestaciones Requeridas
Color **VERDE**: 1° Molar Permanente

D	Tratamiento	Fecha

.....
Odontólogo Responsable

Certifico que la información brindada en esta ficha es correcta y autorizamos a nuestro/a hijo/a, en compañía de un docente, a ser atendido y/o trasladado por el servicio médico contratado por el Instituto en caso de urgencia.

Lugar y fecha:

Firma del Padre, Madre o Tutor.....

