



## Planilla de Pre inscripción Primer Año

Solic. Nº : .....

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

DNI:.....Fecha de Nacimiento:

Nombre Madre:.....

Nombre Padre:.....

Tel: - . Dirección:.....

Email. ....

1)¿Repitió algún grado? \_\_\_\_ Cual/les? \_\_\_\_

2) Que materias les resulta más difíciles de aprender?

3) ¿Necesito ayuda para estudiar? Psicóloga/o \_ Psicopedagoga/o \_ Maestra/o de apoyo  
\_otro \_\_\_\_

4) ¿Quién es o son sus tutores?

Algún dato que considere importante-





**SOLICITUD DE ASPIRANTE A 1º AÑO**

**-Hoja 02-**

(Completar con letra legible toda la solicitud)

Fecha:

**DATOS DEL ASPIRANTE**

Apellido y Nombres:	
D.N.I. Nº:	C.U.I.L. Nº:
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 Escuela: _____ Nº: _____			
Ubicación de la Escuela de Procedencia			
Localidad	C. Postal	Departamento	Provincia

.....

**FIRMA DEL ASPIRANTE**

Aclaración:

.....

**FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR**

Aclaración:





DATOS FAMILIARES DEL ASPIRANTE	
Aspirante:	Fecha:

DATOS DEL PADRE	
Apellido y Nombres:	Vive: SI - NO
D.N.I. Nº:	
Telefono Fijo:	Telefono Celular
E- mail:	
Domicilio:	
Localidad:	Cod. Postal:
Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):	

DATOS DE LA MADRE	
Apellido y Nombres:	Vive: SI - NO
D.N.I. Nº:	
Telefono Fijo:	Telefono Celular
E- mail:	
Domicilio:	
Localidad:	Cod. Postal:
Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):	

DATOS DEL TUTOR	
Apellido y Nombres:	
D.N.I. Nº:	
Telefono Fijo:	Telefono Celular
E- mail:	
Domicilio:	
Localidad:	Cod. Postal:
Relación o vinculo con el alumno:	
Profesión/Ocupación (si es empleado especificar rubro):	





**CUESTIONARIO - Relevamiento sociodemográfico**

**Hoja 04 - a**

Fecha:

1. DATOS DEL ALUMNO/A - ASPIRANTE					
<b>a - Apellidos y Nombres:</b>				Edad:	
DNI:			CUIL:		
Posee:	No Posee:	En Tramite:	Posee:	N Posee:	En Tramite:
Condicion		Nacionalidad		Procedencia Escolar	
Aspirante <input type="radio"/>	Cursando <input type="radio"/>	Argentino <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Urbana <input type="radio"/>	Rural <input type="radio"/>
<b>b - Motivo de elección de esta escuela</b>					
Por la Familia			Por la orientacion agricola /forestal		
Por decisión Propia			Por contar con residencia		
Por el prestigio de la escuela			Por recomendación		
Otro:					
<b>c - Realiza el alumno/a actividades extraescolares? Cuales?</b>				SI	NO
Deportivas		Culturales		otras	
Cual actividad le gustaria realizar:					
<b>d- Traslado del alumno/a a la institución.</b>					
Medio Propio		Medio Contratado		Otro medio:	Cual ?
<b>2 - Domicilio del alumno/a</b>					
<b>a- Datos del domicilio</b>					
Barrio:			Km:	Calle:	Nº
Tel. Celular:			Correo electrónico:		
<b>b- Ubicación del domicilio</b>					
Rural <input type="radio"/>		Colonia <input type="radio"/>		Pueblo <input type="radio"/>	
				Ciudad <input checked="" type="radio"/>	
<b>3- ASPECTO HABITACIONAL a-(Tipo de Vivienda)</b>					
Casa de Material <input type="checkbox"/>		Casa de Madera <input type="checkbox"/>		Departamento <input type="checkbox"/>	
Pensión <input type="checkbox"/>		En Construcción <input type="checkbox"/>		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 situacion	
e- ¿Cómo calificaría a su vivienda en relación a la comodidad para la habitabilidad del grupo conviviente? (Tenga en cuenta los siguientes indicadores: piso 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	
Televisor		TV Satelital		Teléfono Celular	
				Internet	





CUESTIONARIO - Relevamiento sociodemográfico							-Hoja 5 - b	
<b>4. ASPECTO SANITARIO</b>								
<b>a. Cobertura asistencial, si tiene mencione el nombre</b>							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Obra Social <input type="checkbox"/>			Mutual <input type="checkbox"/>		Prepaga <input type="checkbox"/>			
<b>b. ¿Posee el alumno/aspirante alguna patología de importancia?</b>							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cual?								
<b>5. ASPECTO FAMILIAR</b>								
<b>a. Tipo de familia conviviente</b>								
<b>Nuclear</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ensamblada</b> <input type="checkbox"/>	<b>Extendida</b> <input type="checkbox"/>	<b>Homoparental</b> <input type="checkbox"/>	<b>Monoparental</b> <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>b. Cantidad de integrantes del grupo conviviente</b>							<b>Total:</b>	
Padre	Madre	Hermanos/as	Pareja madre	Pareja padre	Tíos/as	Abuelos/as	Otros	
<b>6. ASPECTO EDUCATIVO</b>								
<b>a. Mencione Estudios cursados por los integrantes del grupo familiar</b>								
	Primario		Secundario		Terciario		Universitario	
	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.
Padre								
Madre								
Pareja madre								
Pareja padre								
Hermano/a								
Hermano/a								
Otro								
<b>7. ASPECTO LABORAL</b>								
<b>a. Indique las actividades laborales del grupo familiar</b>								
	¿Qué trabajo realiza?	Trabajador en relación de dependencia	Trabajador por Cuenta propia	Trabajador Temporario				
Padre								
Madre								
Pareja madre								
Pareja padre								
Otro								
<b>8. ASPECTO ECONÓMICO</b>								
<b>a. ¿Quiénes son los responsables de sostener económicamente al alumno/a - aspirante?</b>								
Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Pareja Padre <input type="checkbox"/>	Pareja Madre <input type="checkbox"/>	Abuelos <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>			
<b>b. Recibe el alumno/a - aspirante ayuda escolar?</b>							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Beca <input type="checkbox"/>	Subsidio <input type="checkbox"/>	Asignación Universal por hijo <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/>			





### APTITUD CLÍNICA

El/la..... D.N.I N°:..... Con domicilio en  
 calle.....N°.....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 N°:..... Con domicilio en la  
 calle.....N°.....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 TERMINO DE 24 HORAS CUALQUIER CAMBIO DE LAS CONDICIONES DEL EXAMEN DE SALUD Y ENTREGAR EN CINCO (5) DIAS HABILLES UN NUEVO EXAMEN DE SALUD TOMANDO CONOCIMIENTO QUE LA PRESENTE CERTIFICACION DE APTITUD CADUCARA AI 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**





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCION MEDICA**

Por intermedio de la presente doy mi autorización para que mi hijo/a .....

D.N.I. Nº: ..... reciba la atención médica correspondiente ante un problema de salud agudo y a ser trasladado en caso de emergencia a:

<b>RECURRIR A:</b>	<b>Institución:</b> .....
	<b>Dirección:</b> .....
	<b>Teléfono:</b> .....
<b>Avisar al MEDICO:</b>	<b>Nombre y Apellido:</b> .....
	<b>Dirección:</b> .....
	<b>Teléfono:</b> .....
<b>Avisar a FAMILIAR:</b>	<b>Nombre y Apellido:</b> .....
	<b>Dirección:</b> .....
	<b>Teléfono:</b> .....
<b>Avisar a FAMILIAR:</b>	<b>Nombre y Apellido:</b> .....
	<b>Dirección:</b> .....
	<b>Teléfono:</b> .....

Nombre y Apellido:.....

(Padre, Madre o Tutor)

D.N.I. Nº: ..... Firma:.....





**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  a 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**

