



ESCUELA AGROTÉCNICA ELDORADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

-Hoja 01-

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-

Requisitos a adjuntar

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





ESCUELA AGROTÉCNICA ELDORADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

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

.....
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Aclaración:

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							
a - Apellidos y Nombres:						Edad:	
DNI:				CUIL:			
Posee:	No Posee:	En Tramite:	Posee:	N Posee:	En Tramite:		
Condicion		Nacionalidad			Procedencia Escolar		
Aspirante ☐	Cursando ☐	Argentino ☐	Otra ☐	Urbana ☐	Rural ☐		
b - Motivo de elección de esta escuela							
Por la Familia				Por la orientacion agricola /forestal			
Por decisión Propia				Por contar con residencia			
Por el prestigio de la escuela				Por recomendación			
Otro:							
c - Realiza el alumno/a actividades extraescolares? Cuales?						SI	NO
Deportivas		Culturales			otras		
Cual actividad le gustaria realizar:							
d- Traslado del alumno/a a la institución.							
Medio Propio		Medio Contratado		Otro medio:		Cual ?	
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 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		Teléfono Celular			
Televisor	TV Satelital	TV por cable		Internet			





CUESTIONARIO - Relevamiento sociodemográfico							-Hoja 5 - b	
4. ASPECTO SANITARIO								
a. Cobertura asistencial, si tiene mencione el nombre							Si ☐	No ☐
Obra Social ☐			Mutual ☐		Prepaga ☐			
b. ¿Posee el alumno/aspirante alguna patología de importancia?							Si ☐	No ☐
Cual?								
5. ASPECTO FAMILIAR								
a. Tipo de familia conviviente								
Nuclear ☐	Ensamblada ☐	Extendida ☐	Homoparental ☐	Monoparental ☐				
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. Mencione 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 responsables de sostener económicamente al alumno/a - aspirante?								
Padre ☐	Madre ☐	Pareja Padre ☐	Pareja Madre ☐	Abuelos ☐	Otro ☐			
b. Recibe el alumno/a - aspirante ayuda escolar?							Si ☐	No ☐
Beca ☐	Subsidio ☐	Asignación Universal por hijo ☐			Otro ☐			





ESCUELA AGROTÉCNICA ELDORADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

-Hoja 6-

CERTIFICACIONES MEDICAS PARA LAS ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES APTITUD CLÍNICA

El/la..... D.N.I N°:..... Con domicilio en
calle.....N°.....Piso.....Dto.....
De la localidadCP.....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 localidadCP.....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 HABILES UN NUEVO EXAMEN DE SALUD TOMANDO CONOCIMIENTO QUE LA PRESENTE CERTIFICACION DE APTITUD CADUCARA 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





ESCUELA AGROTÉCNICA ELDORADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

-Hoja 7-

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:

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. Nº: Firma:.....





ESCUELA AGROTÉCNICA ELDORADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

-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 ☐ 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



**Estimada Familia:****-Hoja 9-**

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: academica@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. Recorra 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 dados a conocer por el/la docente al comienzo del ciclo lectivo.

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

Firma adre/Madre/Tutor Aclaración:	Firma del Aspirante Aclaración:





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:											
DOCUMENTACION REQUERIDA		Fecha Entrega									
1	Fotocopia del DNI del aspirante frente y reverso.										
2	Fotocopia del DNI de la Madre ó Padre ó Tutor.										
3	Constancia de finalización de la primaria completa ó certificado de 7mo.										
4	Fotocopia de la partida de Nacimiento										
5	Una foto tipo Canet.										
6	Solicitud del aspirante completa										
7	Cuestionario Relevamiento sociodemográfico.										
8	Consentimiento para las actividades extracurriculares										
9	Consentimiento para la atención medica (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										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Firma Padre/Madre/Tutor</td> <td style="text-align: center;">Firma Rep. Área Académica</td> <td style="text-align: center;">Firma del Alumno</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Aclaración</td> <td style="text-align: center;">Aclaración</td> <td style="text-align: center;">Aclaración</td> </tr> </table>			Firma Padre/Madre/Tutor	Firma Rep. Área Académica	Firma del Alumno				Aclaración	Aclaración	Aclaración
Firma Padre/Madre/Tutor	Firma Rep. Área Académica	Firma del Alumno									
.....											
Aclaración	Aclaración	Aclaración									





HISTORIA CLINICA UNICA PARA ALUMNOS DE ESCUELAS SALUDABLES

(Adaptado a la Escuela Agrotecnica Eldorado)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES
Escuela Agrotecnica Eldorado

PROVINCIA DE MISIONES

Ministerio de Salud Publica- Honorable Consejo Gral de Educación

Hoja 9

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: ☐

ANTROPOMETRIA DEL NIÑO

PESO:.....gr. TALLA:.....cm. Tensión Arterial:...../..... (mmHg)

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

Antecedentes patológicos: SI ☐ NO ☐ Cuál?:.....
Recibe Alguna Medicación: SI ☐ NO ☐ Cuál?:.....
Usa Anteojos: SI ☐ NO ☐
Usa ORTESIS: SI ☐ NO ☐ PROTESIS: SI ☐ NO ☐ SILLA DE RUEDAS: SI ☐ NO ☐
ALERGIA: SI ☐ NO ☐ Cuál?:.....

Posee alguna discapacidad FISICA SI ☐ NO ☐ PSQUICA SI ☐ NO ☐

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

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

¿Concorre a Rehabilitación? SI ☐ NO ☐

¿Concurrió a Rehabilitación? SI ☐ NO ☐

Grupo Sanguíneo:

Grupo: Factor RH:.....

Firma Bioquímico:

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

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

APTO PARA EDUCACION FISICA: SI / NO **Causa:**.....

Profesional del Sistema de Salud:

Apellido y Nombre.....

Matricula:.....

Centro Asistencial:.....

Fecha de Prestación:...../...../.....

Firma y sello del profesional

Firma del Padre/Madre/Tutor

FICHA DENTAL ESCOLAR

Escuela

Año que cursa:.....

Observaciones:.....
.....
.....

Referencia: { 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.....