



• **DATOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA - C.E.C.**

Nombre del Establecimiento: Estatal
Número: Distrito: Privado

INSCRIPCIÓN

EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponda)

GRUPO: Pre-primario Primario Inferior Primario Medio Primario Superior

TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde

• **DATOS DEL ALUMNO/A:**

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Apellido/s: Nombres:

Sexo: Fecha de Nac: / / Lugar de Nac: Nacionalidad:

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Otros datos: ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuántos en este Establecimiento? Distancia del domicilio a la escuela: Km.

Otra lengua hablada en el hogar:

• **ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE CONCURRE EL ALUMNO:** (EGB o Inicial)

Nombre del Establecimiento: Número: Estatal
Privado

Distrito: Nivel: Año/Grado: Repitiente: sí no

FAMILIARES/TUTORES DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

Apellido/s de la **MADRE:** Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

¿Vive? NO sí → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del **PADRE:** Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción del Padre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

¿Vive? NO sí → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del **TUTOR/RESPONS.:** Nombres:

Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/>	Trabajo Temporal <input type="checkbox"/>	Changas/jornalero <input type="checkbox"/>	No trabaja y busca <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Discapacitado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------------

Nivel de Instrucción del tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

JEFE/A DE HOGAR: Madre Padre Tutor/Responsable

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/s: Nombres:

Tipo Doc: N° Doc: Vínculo / Parentesco con el alumno: