

• **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** Nombre: ..... Estatal   
Número: ..... Distrito: ..... Privado

**INSCRIPCIÓN**

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

**NIVEL:** Curso Regular - E. E. Infantil  Taller - E. E. Infantil  T.A.P.  O.C.C.  Curso de Extensión a la Comunidad

**AÑO:** 1  2  3  4  5  6  7  8  9

**TURNO SOLICITADO:** Mañana  Tarde  Vespertino  Alternancia  Noche

**MODALIDAD / ORIENTACIÓN:** .....

• **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: .....

• **ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE CONCURRE EL ALUMNO:** (EGB, Polimodal o Escuela Especial)

Nombre del Establecimiento: ..... Número: ..... Estatal

Distrito: ..... Nivel: ..... Año/Grado: ..... Privado

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

**Parentesco:** Madre  Padre  Tutor/Responsable  Es JEFE/A DE HOGAR: SÍ  NO

Apellido/s: ..... Nombres: .....

Nacionalidad: ..... Profesión u ocupación: .....

<b>CONDICIÓN DE ACTIVIDAD</b>	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: .....