

• DATOS DEL CENTRO DE EDUCACIÓN FÍSICA - C.E.F.:

Nombre del Establecimiento:..... Estatal
 Privado
 Número:..... Distrito:.....

INSCRIPCIÓN

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

OFERTA EDUCATIVA:..... **TURNO SOLICITADO:** Mañana Tarde Vespertino
OFERTA EDUCATIVA:..... **TURNO SOLICITADO:** Mañana Tarde Vespertino
OFERTA EDUCATIVA:..... **TURNO SOLICITADO:** Mañana Tarde Vespertino
OFERTA EDUCATIVA:..... **TURNO SOLICITADO:** Mañana Tarde Vespertino
Edad (años al 30/06): 3 a 5 6 a 8 9 a 11 12 a 14 15 a 18 19 a 30 31 a 60 61 en adelante

• 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:

Nombre del Establecimiento:..... Número:..... Estatal
 Distrito:..... Nivel:..... Año/Grado:..... Privado

FAMILIARES/TUTORES

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

(Complete si el alumno es menor de edad)

Parentesco: Madre Padre Tutor/Responsable **Es JEFE/A DE HOGAR:** sí no
 Apellido/s:..... 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 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: