

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Resistencia.....de .....20.....

A LA SRA DIRECTORA DE  
LA E.E.T. N° 24 SIMÓN DE IRIONDO  
SU DESPACHO

.....de.....  
(Apellido y nombre del alumno) (Establecimiento de donde proviene)

Solicito se lo inscriba en el Establecimiento y se le expida matrícula correspondiente

### DATOS DEL ALUMNO

Curso en el que se inscribe:.....División:.....Ciclo:.....Orientación:.....Turno:.....

Repitente en el curso en el que se inscribe:  Sí  No Curso año anterior:.....División.....Ciclo.....

Orientación:.....Turno:.....Establecimiento:.....Con Pase:  Sí  No

Materias que adeuda:.....

DNI N°:.....CUIL N°:.....Edad:.....Fecha de Nacimiento:.....

Lugar:.....Provincia:.....Nacionalidad:.....

Domicilio (Calle y N°):.....Barrio:.....

Departamento:.....Ciudad:.....Provincia:.....Código Postal:.....

Telefono fijo: (.....) (.....) Teléfono celular: (.....) (.....)

Asignación Fliar.:  Sí  No

Salario Fliar.:  Sí  No

Asignación Universal:  Sí  No

Programa CAI:  Sí  No

Pertenece a Pueblo Originario:  Sí  No

Trabaja:  Sí  No Dónde:.....Horario:.....

Está embarazada:  Sí  No Tiene hijos:  Sí  No Cuántos: ..... Estado Civil:.....

Discapacidad:  Sí  No

Tipo de discapacidad:.....

Con seguimiento docente: Sector Estatal:.....

Sector Privado:.....

### DATOS FAMILIARES

PADRE (Nacionalidad:.....)

MADRE (Nacionalidad:.....)

Nombre y Apellido:.....	Nombre y Apellido:.....
DNI N°:.....CUIL:.....	DNI N°:.....CUIL:.....
Fecha de Nacimiento:.....	Fecha de Nacimiento:.....
Lugar:.....Provincia:.....	Lugar:.....Provincia:.....
Domicilio: (Calle y N°).....	Domicilio: (Calle y N°).....
Barrio:.....Dpto.:.....	Barrio:.....Dpto.:.....
Ciudad:.....Provincia:.....	Ciudad:.....Provincia:.....
Código Postal:.....Teléfono:.....	Código Postal:.....Teléfono:.....
Ocupación:.....	Ocupación:.....
Es Tutor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No A Cargo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es Tutor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No A Cargo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Patria Potestad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vive c/ el alumno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Patria Potestad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vive c/ el alumno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**E.E.T. N°24 "Simón de Iriondo"**

**Ficha de Salud**

Resistencia,.....  
Apellido y Nombres: .....  
Edad: ..... Curso:..... Div.: ..... Especialidad: ..... Turno: .....  
Talla..... Peso:.....

**Antecedentes:**

**Padece de las siguientes enfermedades:**

Si No

Diabetes

Hernia

Convulsiones

Problemas respiratorios

Problemas del corazón

Ninguna

.....  
Firma y sello del Profesional

**E.E.T. N°24 "Simón de Iriondo"**

**Ficha de Salud**

Resistencia,.....  
Apellido y Nombres: .....  
Edad: ..... Curso:..... Div.: ..... Especialidad: ..... Turno: .....  
Talla..... Peso:.....

**Antecedentes:**

**Padece de las siguientes enfermedades:**

Si No

Diabetes

Hernia

Convulsiones

Problemas respiratorios

Problemas del corazón

Ninguna

Observaciones: .....

.....  
Firma y sello del Profesional

**CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

El Alumno/a-----DNI-----está apto para realizar actividades físicas.

.....  
Firma y sello del Profesional