

**FICHA DE SOLICITUD DE VACANTE CICLO LECTIVO 2021 - NIVEL INICIAL**

**ASPIRANTES EXTERNOS**

**SECCION:**      1º (3 AÑOS)                       2º (4 AÑOS)                       3º (5 AÑOS)   
 (MARCAR CON **X** EL QUE CORRESPONDA)

**DATOS DEL NIÑO:**

APELLIDO Y NOMBRE:	<input style="width:100%;" type="text"/>		
Nº DE DOCUMENTO:	<input style="width:100%;" type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	<input style="width:100%;" type="text"/>
NACIONALIDAD:	<input style="width:100%;" type="text"/>		
DIRECCIÓN:	<input style="width:100%;" type="text"/>		
TELEFONO FIJO:	<input style="width:100%;" type="text"/>	CELULAR:	<input style="width:100%;" type="text"/>

BAUTISMO:      SI                       NO   
 En caso de contestar negativamente especificar el motivo:

**TIENE ESCOLARIDAD?**                      SI                       NO

NOMBRE DEL JARDIN DE PROCEDENCIA	DIRECCION	TELEFONO
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

**CICLO :**                      COMPLETO                       INCOMPLETO

NOTA: En caso de haber concurrido a más de una institución detallar:

**INFORMACION DE SALUD:**

OBRA SOCIAL:                       Nº DE AFILIADO:

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:**

TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?  
 SI                       NO                       CUAL?

DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS FUE INTERNADO ALGUNA VEZ?  
 SI                       NO                       POR QUÉ?

TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?  
 SI                       NO

En caso **afirmativo** describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a:                       No sabe:

Recibe tratamiento permanente?  
 SI                       NO

Recibe tratamiento médico fonoaudiológico, psicológico, psicopedagógico, otros.?  
 SI                       NO

En caso **afirmativo** especifique:

HISTORIAL QUIRÚRGICO: SI                       NO

En caso **afirmativo** especifique:                      EDAD:                       TIPO DE CIRUGÍA:

PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA?  
 SI                       NO

En caso **afirmativo** especifique:

OTROS PROBLEMAS DE SALUD:

**DATOS DE LOS PROGENITORES:**

**PADRE**

APELLIDO Y NOMBRE:			
Nº DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:	EDAD:		
DIRECCIÓN:			
TELEFONO FIJO:	CELULAR:		
PROFESIÓN/OFICIO:	MAIL:		

**MADRE**

APELLIDO Y NOMBRE:			
Nº DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:	EDAD:		
DIRECCIÓN:			
TELEFONO FIJO:	CELULAR:		
PROFESIÓN/OFICIO:	MAIL:		

**PROGENITOR AFIN**

APELLIDO Y NOMBRE:			
Nº DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:	EDAD:		
DIRECCIÓN:			
TELEFONO FIJO:	CELULAR:		
PROFESIÓN/OFICIO:	MAIL:		

**PROGENITOR AFIN**

APELLIDO Y NOMBRE:			
Nº DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:	EDAD:		
DIRECCIÓN:			
TELEFONO FIJO:	CELULAR:		
PROFESIÓN/OFICIO:	MAIL:		

Se denomina **progenitor afín** al cónyuge o conviviente con quien tiene a su cargo el cuidado personal del niño o adolescente.

MOTIVOS POR LOS CUALES ELIGE ESTA INSTITUCIÓN :

--

TIENE HERMANOS ASPIRANTES A OTROS CURSOS O NIVELES?

NOMBRE Y APELLIDO DEL O LOS HNOS	GRADO/AÑO 2017	NIVEL QUE CURSARÁ EN 2017

SE HA ANOTADO EN INSCRIPCIONES EN AÑOS ANTERIORES?      SI          NO   

DESEA REALIZAR ALGUNA OBSERVACIÓN O ACLARACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE

--

LOS DATOS DENUNCIADOS EN LA PRESENTE PLANILLA SE CONSIGNAN EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.