


**DATOS ESTUDIANTE**

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:        /        /

¿Posee DNI argentino?     SI, y tiene el DNI físico                       SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite

SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite                       NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: \_\_\_\_\_ CUIL:    -        -

Si respondió que NO tiene DNI argentino:        ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?         SI     NO

   ¿Posee documento extranjero?         SI, tipo de doc.:        N°:                                       NO

Identidad de género:     Mujer         Mujer trans / travesti         Varón         Varón trans / masculinidad trans

No binario     Otra         No desea responder

Lugar de nacimiento:     En Argentina         En el extranjero                      Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Solo para quienes marcaron Argentina:        Provincia:     Buenos Aires         Otra (especificar): \_\_\_\_\_

Solo para quienes marcaron Buenos Aires:        Distrito:                                      Localidad: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO**    Calle:                                      N°:                                      Piso:                                      Torre:                                      Depto: \_\_\_\_\_

Entre calle:                                      y calle:                                      Otro dato: \_\_\_\_\_

Provincia:                                      Distrito:                                      Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (cód. área:        )                                      Teléfono celular: (cód. área:        )

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS**

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?         SI     NO

En caso afirmativo:    Lengua/s indígena/s:     SI     NO                      Otra/s lengua/s:     SI     NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?         SI     NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

A pie/Bicicleta     Colectivo     Tren     Vehículo particular     Taxi/Remis     Otro

¿Tiene alguna discapacidad?     SI     NO

En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:

Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico         Auditiva: Sorda / Sordo         Intelectual         Motora

Múltiple         Neuromotora         Sordoceguera         Trastornos Emocionales Severos

Trastornos Específicos del Lenguaje         Visual: Ciega / Ciego         Visual: Disminuida / Disminuido visual

¿Posee Certificado Único de Discapacidad?         SI     NO

En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente?         SI     NO

¿Requiere adecuaciones para acceder al curso?         SI     NO

En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles? \_\_\_\_\_

**INFORMACION LABORAL**

Trabaja         Busca trabajo         Recibe jubilación o pensión

Si trabaja cuántas horas: \_\_\_\_\_

Qué tipo de tareas realiza: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social?  SI  NO En caso afirmativo: Obra social: \_\_\_\_\_ N° Afiliado: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave?  SI  NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación?  SI  NO En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna operación?  SI  NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿en qué año? \_\_\_\_\_

## DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

Teléfono: (cód. área: \_\_\_\_\_) Teléfono celular: (cód. área: \_\_\_\_\_)

Vínculo con estudiante: \_\_\_\_\_

## A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: \_\_\_\_\_ N° de Matriz: \_\_\_\_\_ N° de Folio: \_\_\_\_\_

## INSCRIPCIÓN

Se inscribe en la carrera/s:

## ESTUDIOS CURSADOS

¿Tiene secundario completo?  SI  NO

En caso afirmativo, indicar tipo de institución que emite el título:

Bachiller en Educación Común  Bachiller en Educación Artística

Educación Técnica/ Educación Agraria  CENS / FinEs / CEBAS

Si no posee secundario completo, indicar número de acta o acto administrativo por el que ingresa (según art 7° de la Ley de Educación

Secundaria):

Otros estudios superiores realizados:

Carrera: Completa:  SI  NO

Carrera: Completa:  SI  NO

Carrera: Completa:  SI  NO

Permite la publicación en las Redes Sociales de la Escuela de Cerámica de Chascomús de fotografías y/o videos de sus trabajos como así también de su persona en el marco de actividades realizadas en la institución.  Sí  No

¿Cuál es el medio que prefiere para la comunicación diaria?  Correo electrónico  Whatsapp  Ambas

¿Qué tipo de dispositivo utiliza con fines educativos?  PC  Notebook  Tablet  Celular  Otro

¿Tiene acceso a Internet?  Sí  No ¿Qué tipo de conexión?  Wifi  Datos Celular  Red Comunitaria  Otros

## DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

DNI  Título Secundario  Certificado Título en Trámite  Certificado Aptitud Psicofísica  Partida de Nacimiento  Foto Carnet

Otros títulos

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma:

Aclaración:

Fecha de inscripción: / /

Firma Directora o Director: