



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20____
EDUCACIÓN SUPERIOR
FORMACIÓN DOCENTE INICIAL. EDUCACIÓN SUPERIOR TÉCNICA
EDUCACIÓN SUPERIOR ARTÍSTICA

N° _____
(Acompletar por el establecimiento)

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:

SI ☐ NO ☐ Otra/s lengua/s: SI ☐ NO ☐

Lengua/s indígena/s:

¿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 / ☐ Auditiva: Sorda / Sordo ☐ Intelectual ☐ Motora

☐ Hipoacúsico 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?

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 DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito:	Sector de gestión:	<input type="checkbox"/> Estatal	<input type="checkbox"/> Privado
Nombre Instituto:	Nº:		
A completar por el establecimiento:	Clave provincial:	CUE:	

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en carrera/s:

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino

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 7º de la Ley de Educación Secundaria):

Otros estudios superiores realizados:

Carrera:	Completa:	SI	NO
Carrera:	Completa:	SI	NO
Carrera:	Completa:	SI	NO

DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE

Apellido/s:	Nombre/s:
Teléfono: (cód. área:)	Teléfono celular: (cód. área:)
Vínculo con estudiante:	

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO		
Nº de Legajo:	Nº de Matriz:	Nº de Folio:

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:



DOCUMENTACION PARA LA INSCRIPCION

ENTREGAR DOS JUEGOS DE FOTOCOPIAS EN FOLIOS OFICIO.

- 2 FOTOCOPIAS DE DNI.
- 2 FOTOCOPIAS DE ACTAS DE NACIMIENTO
- 2 FOTOCOPIAS DE ANALITICO O CONSTANCIA DE TITULO EN TRAMITE DE ALUMNO/ A REGULAR.
- 1 FOTO TAMAÑO CARNET.
- 1 CERTIFICADO DE SALUD DE ORGANISMO MUNICIPAL – PROVINCIAL O NACIONAL (FICHA DE SALUD COMPLETA POR EL MEDICO).

PLANILLA DE INSCRIPCION.

PAGO DE MATRÍCULA \$18000 EFECTIVO O POR TRANSFERENCIA A ALIAS COOPE.ARTE.ORILLAS (mostrando comprobante en mesa de entrada)



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

MARQUE CON UNA X EN EL AÑO EN QUE SE INSCRIBE

Primer año - Segundo año - Tercer año - Cuarto año

PROFESORADO DE: ARTES VISUALES (PINTURA - ESCULTURA - GRABADO)

Inscripción N°:.....Fecha:.....

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

CIUDAD:.....DOMICILIO:.....

TELEFONO (fijo y celular):.....

OBRA SOCIAL:.....

MARQUE CON UNA X SI ENTREGÓ:

TITULO SECUNDARIO:.....

ADEUDA MATERIAS:.....

MARQUE CON UNA X LAS ASIGNATURAS EN LAS QUE SE INSCRIBE Y LA ADEUDA FINAL O CURSADA

PRIMER AÑO	Adeuda final	ADEUDA CURSADA	Inscripción	correlativa
LENGUAJE VISUAL I				
DIBUJO I				
PINTURA I				
ESCULTURA I				
HISTORIA DE LAS ARTES VISUALES I				
GRABADO Y ARTE IMPRESO I				
PRACTICA DOCENTE I				
PSICOLOGIA DE LA EDUCACION I				
FUNDAMENTOS DE LA EDUCACION				
HIST SOCIAL GENERAL				

SEGUNDO AÑO	Adeuda final	ADEUDA CURSADA	Inscripción	correlativa	
LENGUAJE VISUAL II				LENGUAJE VISUAL I	
DIBUJO II				DIBUJO I-LENGUAJE VISUAL I	
(PINTURA II)				PINTURA I- LENGUAJE VISUAL I	
ESCULTURA II				ESCULTURA I- LENGUAJE VISUAL I	
GRABADO Y ARTE IMPRESO II				GRABADO Y ARTE IMPRESO I- DIBUJO I - LENGUAJE I	
HISTORIA DE LAS ARTES VISUALES II				HISTORIA DE LAS ARTES VISUALES I	
PRACTICA DOCENTE II				PRACTICA DOCENTE IFUND, DE LA EDUCACION- PSICOLOGIA DE LA ED I	
HIST SOCIOPOLITICA LATINOAMERICANA Y ARGENTINA				HIST SOCIAL GENERAL	
DIDACTICA GENERAL				FUND DE LA EDUCAC- PSICOLOG DE LA EDUCACION I	
PSICOLOGIA DE LA EDUCACION II				PSICOLOGIA DE LA EDUCACION I - FUND. DE LA EDUCACION	
E.D.I. ESPACIO INSTITUCIONAL					

TERCER AÑO	Adeuda final	ADEUDA CURSADA	Inscripción	correlativa
LENGUAJE VISUAL III				LENGUAJE VISUAL II
DIBUJO III				DIBUJO II- LENGUAJE VISUAL II
TALLER BASICOI				PINT II - ESCULTURA II -GRAB II(DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD ELEGIDA)LENGUAJE VISUAL II- DIBUJO II
TALLER COMPLEMENTARIO I				PINTURA II O ESCULTURA II O GRABADO II- DIBUJO II LENGUAJE II
MEDIOS AUDIOVISUALES E IMAGEN DIGITAL				LENGUAJE VISUAL II- DIBUJO II
HIST DE LAS ARTES VISUALES III				HIST DE LAS ARTES VISUALES II
DIDACTICA DE LAS ARTES VISUALES I				DIDACTICA GENERAL- PSICOLOGIA DE LA EDUCACION
PRACTICA DOCENTE III				2° AÑO COMPLETO
POLITICA EDUCATIVA				DIDACTICA GENERAL-HISTORIA SOCIOP DE LAT Y ARG
TEORIAS DEL ARTE I				HISTORIA SOCIOPOLIT DE LATINOAMERICA Y ARGE HISTORIA Y ARG.

CUARTO AÑO	Adeuda final	ADEUDA CURSADA	Inscripción	correlativa
TALLER BASICO II				TALLER BASICO I- DIBUJO III-LENGUAJE III
DIBUJO IV				DIBUJO III- LENGUAJE III
TALLER COMPLEMENTARIO II				PINTURA I - ESCULTURA I - GRABADO I - LENGUAJE VISUAL II
ARTES COMBINADAS				LENGUAJE VISUAL III- DIBUJO II- TALLER BASICO II
DIDACTICA DE LAS ARTES VISUALES II				DIDACTICA DE LAS ARTES VISUALES Y EDUCATIVA
PRACTICA DOCENTE IV				3° AÑO COMPLETO
TEORIAS DEL ARTE II				TEORIAS DEL ARTE I- HIST DE LAS ARTES VISUALES III
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION				TEORIA DEL ARTE I - HISTORIA DE LAS ARTES VISUALES III
E.D.I. ESPACIO INSTITUCIONAL				

DECLARO CONOCER: A)PLAN DE ESTUDIOS Y CORRELATIVIDADES,B)EL /la ALUMNO/a DEBE ACTUALIZAR SUS DATOS Y MATERIAS RENDIDAS EN CADA FECHA DE EXAMEN.

OBSERVACIONES:.....

FIRMA Y ACLARACION DEL PRECEPTOR/ A.....

RESPONSABILIDAD CIVIL

SRES.PADRES/TUTOR Entendiendo que los y las individuos que no han cumplido 18 años de edad son menores, y que lo padres delegan temporalmente la guarda de sus hijos en nuestra escuela, asumiendo el compromiso de educarlos y cuidarlos, aclaramos a ustedes los límites de nuestra responsabilidad:

TIEMPO: la responsabilidad del / la profesor/a es desde el horario de entrada hasta la salida de la clase.

ESPACIO: el lugar donde se dictan las clases es el límite, y termina en la puerta de ingreso y egreso de nuestro edificio, y allí también finaliza la responsabilidad de las autoridades de nuestra institución.

En las clases se toma asistencia, llevando un registro en planillas donde se anotan asistencias e inasistencias. Por lo expresado, necesitamos completen la siguiente ficha:

ACTA ACUERDO SOBRE JORNADA ESCOLAR ESCUELA DE ARTE Nº 1 ORILLAS DEL QUEQUÉN

Estudiante: _____

Fecha:_____

Por la presente (nombre y apellido del padre o tutor): _____

_____ DNI.: _____

(nombre y apellido de la madre, tutor o encargado _____

_____ DNI.: _____

Como responsable del menor (apellido y nombre): _____

_____ DNI: _____

alumno regular de _ _____ Nivel _____ turno _____ de la carrera

de _____ en la Escuela de Arte Nº 1 “Orillas

del Quequén”, en ejercicio de los derechos y obligaciones inherentes a la Patria Potestad que ejerzo/ejercemos,

doy/damos conformidad para que el mismo pueda ingresar con retraso o retirarse anticipadamente del Establecimiento,

los días que, por ausencia de profesores u otras causas justificadas a criterio de la Dirección, la jornada escolar se vea

modificada.

Asimismo declaro/declaramos asumir la totalidad legal sobre todo los actos, actitudes y eventuales accidentes que el menor

realice, provoque o sufra, desde el momento que abandone el establecimiento.

RESPONSABLES DEL /LA ESTUDIANTE

Firma y aclaración del padre _____

Firma y aclaración de la madre _____

Firma y aclaración de responsable o tutor:_____

Domicilio:_____

Teléfono:_____

Celular:_____

AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIMIENTO EXPRESO

Quien suscribe.....
con DNI.....autorizo a la Escuela de Arte N° 1 “Orillas del Quequén”
a exhibir y divulgar, las imágenes o reproducciones videográficas vinculadas con las actividades de la
institución en las que se vea involucrada directa o indirectamente y de las que resulte la exposición,
captación, reproducción, difusión o publicidad de la imagen con fines estrictamente relacionados a
compartir la experiencia pedagógica, los proyectos educativos y/o actividades de la Institución.

FIRMA DELALUMNO/A:.....
ACLARACIÓN:.....
DNI.:.....
FECHA:.....

En caso de ser menor el/la alumno/a debe constar firma del adulto a cargo:

FIRMA (Padre, Madre o Tutor):.....
ACLARACIÓN:.....
DNI.:.....
FECHA:.....