



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

Nº

(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 responde 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
 Nbinario Otra No se responde

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:

<input type="checkbox"/> Auditiva: Hipoacúsica /	<input type="checkbox"/> Auditiva: Sorda / Sordo	<input type="checkbox"/> Intelectual	<input type="checkbox"/> Motora
<input type="checkbox"/> Hipoacúsico Múltiple	<input type="checkbox"/> Neuromotora	<input type="checkbox"/> Sordoceguera	<input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales Severos
<input type="checkbox"/> Trastornos Específicos del Lenguaje	<input type="checkbox"/> Visual: Ciega / Ciego	<input type="checkbox"/> 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: Estatal 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				
ESCLUTURA 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	Inscripción	correlativa
LENGUAJE VISUAL II				LENGUAJE VISUAL I
DIBUJO II				DIBUJO I-LENGUAJE VISUAL I
(PINTURA II)				PINTURA I- LENGUAJE VISUAL I
ESCLUTURA II				ESCLUTURA 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 SOCIO POLITICA 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				2º AÑO COMPLETO
POLITICA EDUCATIVA				DIDACTICA GENERAL-HISTORIA SOCIO DE LAT Y ARG
TEORIAS DEL ARTE I				HISTORIA SOCIO POLIT 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				3º 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 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 N° 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 N° 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 DEL ALUMNO/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:.....