



DATOS ESTUDIANTE

| | | | |
|---|--|---|--|
| Apellido/s: | | Nombre/s: | |
| Fecha de Nacimiento: / / | | | |
| ¿Posee DNI argentino? | | <input type="checkbox"/> SI, y tiene el DNI físico <input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite | |
| <input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite | | <input type="checkbox"/> 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)? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Posee documento extranjero? | | <input type="checkbox"/> SI, tipo de doc.: N°: <input type="checkbox"/> NO | |
| Identidad de género: | | <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer trans / travesti <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Varón trans / masculinidad trans | |
| <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No desea responder | | | |
| Lugar de nacimiento: | | Nacionalidad: | |
| <input type="checkbox"/> En Argentina <input type="checkbox"/> En el extranjero | | | |
| Solo para quienes marcaron Argentina: | | Provincia: <input type="checkbox"/> Buenos Aires <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otra/s lengua/s: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan) | |
| <input type="checkbox"/> A pie/Bicicleta <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/> Taxi/Remis <input type="checkbox"/> Otro | |
| ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 Trastornos Emocionales | |
| <input type="checkbox"/> Hipoacúsico Múltiple <input type="checkbox"/> Neuromotora <input type="checkbox"/> Sordoceguera <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Requiere adecuaciones para acceder al curso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles?

INFORMACIÓN DE SALUD

| | | | |
|---------------------|---|----------------------------------|--------------|
| ¿Posee obra social? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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: | CUE: |
| Clave provincial: | |

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. 75 de la Ley de Educación Secundaria)

| | | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------------------------|
| Otros estudios superiores realizados: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carrera | Complet | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> NO |
| : | a: | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> NO |
| Carrera | Complet | S | NO |
| DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE | | a: | I |
| Carrera | Complet | S | |
| Apellido/s: | Nombre/s: | a: | I |
| 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 AL ALIAS COOPE.ARTE.ORILLAS (mostrando comprobante en mesa de entrada)



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

MARQUE CON UNA X EN EL AÑO EN QUE SE INSCRIBE

PROFESORADO DE: CERÁMICA

Inscripción N°:.....Fecha:.....

Primer año - Segundo año - Tercer año - Cuarto año

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 | | | | |
| CERÁMICA I | | | | |
| QUÍMICA APLICADA I | | | | |
| TALLER COMPLEMENTARIO I | | | | |
| HISTORIA DE LAS ARTES VISUALES 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 | |
| CERÁMICA II | | | | CERÁMICA I-QUÍMICA APLICADA– LENGUAJE VISUALI: DIBUJO I | |
| TECNOLOGIA APLICADA A LA CERÁMICA II | | | | CERÁMICA I - QUÍMICA APLICADA I | |
| TALLER COMPLMENTARIO II | | | | TALLER COMPLEMENTARIO I-DIBUJO I - LENGUAJE VISUAL I | |
| HISTORIA DE LAS ARTES VISUALES II | | | | HISTORIA DE LAS ARTES VISUALES I | |
| PRACTICA DOCENTE | | | | PRACT DOCENTE I- FUND DE LA EDUCACION - PSICOLOGIA DE LA EDUCACION I | |
| HIST SOCIOPOLIT DE LATINOAM Y ARG | | | | HISTORIA SOCIAL GENERAL | |
| DIDACTICA GENERAL | | | | FUND DE LA EDUCAC- PSICOLOG DE LA EDUCACION I | |
| PSICOLOGIA DE LA EDUCACION II | | | | PSICOLOGIADE LA EDUCACIONI- FUNDAMENTOS 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 |
| CERÁMICA III | | | | CERAMICA II- TECNOLOGIA APLICADA A LA CERÁMICA- LENGUAJE VISUAL II- DIBUJO II |
| QUIMICA APLICADA II | | | | TECNOLOGIA APLICADA ALA CERÁMICA - CERÁMICAI |
| 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 SOCIOF DE LAT Y ARG |
| TEORIAS DEL ARTE I | | | | HISTORIA SOCIOPOLIT DE LATINOAMERICA Y ARGE HISTORIA Y |

| CUARTO AÑO | ADEUDA FINAL | ADEUDA CURSADA | INSCRIPC IÓN | CORRELATIVA |
|------------------------------------|--------------|----------------|--------------|--|
| CERÁMICA IV | | | | LENGUAJE III CERÁMICA III- DIBUJO III- |
| DIBUJO IV | | | | DIBUJO III- LENGUAJE III |
| ARTES COMBINADAS | | | | LENGUAJE VISUAL III- DIBUJO II- TALLER COMPL 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 /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 padreo 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 Nº 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:.....