



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: 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 / ☐ 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 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

Primer año - Segundo año - Tercer año - Cuarto año

CARRERA DE:...TECNICATURA REALIZADOR EN ARTES VISUALES

Inscripción N°:.....Fecha:.....

DATOS PERSONALES

PELLIDO Y NOMBRE:.....NACIONALIDAD.....

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

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

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

OBRA SOCIAL:.....

MAIL.....

MARQUE CON UNA X SI ENTREGÓ:TTITULO SECUNDARIO:.....

ADEUDA MATERIAS:.....

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

| PRIMER AÑO | ADEUDA FINAL | ADEUDA CURSADA | INSCRIPCIÓN | CORRELATIVA |
|------------------------|--------------|----------------|-------------|-------------|
| LENGUAJE VISUAL I | | | | |
| HISTORIA DEL ARTE I | | | | |
| PERSPECTIVA FILOSOFICA | | | | |
| DIBUJO I | | | | |
| PRACT.PROF.PINTURA I | | | | |
| PRACT.PROF.ESCULTURAI | | | | |
| PRACT.PROF.GRABADO I | | | | |
| ESPACIO INSTITUCIONAL | | | | |

| SEGUNDO AÑO | ADEUDA FINAL | ADEUDA CURSADA | INSCRIPCIÓN | CORRELATIVA |
|--|--------------|----------------|-------------|--|
| DIBUJO II | | | | DIBUJO I |
| PRACT PROFESIONAL II (PINTURA II) | | | | PRACTICA PROFESIONAL (PINTURA I) -DIBUJO I - LENGUAJE VISUAL I |
| PRACT PROFESIONAL II (GRABADO II) | | | | PRACTICA PROFESIONAL (GRABADO I) -DIBUJO I - LENGUAJE VISUAL I |
| PRACT PROFESIONAL II (ESCULTURA II) | | | | PRACTICA PROFESIONAL (ESCULTURA I) -DIBUJO I - LENGUAJE VISUAL I |
| TEORIAS DE LA PERCEPCION Y LA COMUNICACIÓN | | | | LENGUAJEVISUAL I |
| LENGUAJE VISUAL I | | | | LENGUAJE VISUAL I- HISTORIA DEL ARTE I |
| HISTORIA DEL ARTE II | | | | HISTORIA DEL ARTE I |

| TERCER AÑO | ADEUDA FINAL | ADEUDA CURSADA | INSCRIPCIÓN | CORRELATIVA |
|--|--------------|----------------|-------------|--|
| DIBUJO III | | | | DIBUJO II - LENGUAJE VISUAL II |
| PRAC.PROF.PINTURA III | | | | DIBUJO II - PR PROF.PIN II LENGUAJE VISUAL II |
| PRAC.PROF.GRABADO III | | | | DIBUJO II - PR PROF.GRA II LENGUAJE VISUAL II |
| PRAC.PROF. ESCULTURA III | | | | DIBUJO II - PR PROF.ESC II LENGUAJE VISUAL II |
| PROYECTO | | | | DIBUJO II - PR PROF.GRA II -PPPINTII-PPESCII |
| HISTORIA DEL ARTE Y PROYECTO DE ANALISIS | | | | LENGUAJE VISUAL II-HISTORIA DEL ARTE II- TEORIAS DE LA PERCEPCION Y LA COMUNICACIÓN -DIBUJO I- PRACTICA PROFESIONAL II(PINTURA II) PRACTICA PROFESIONAL II(GRABADOII) PRACTICA PROFESIONALII(ESCULTURAI) |
| MEDIOS AUDIOVISUALES | | | | LENGUAJE VISUAL II-HISTORIA DEL ARTE II -DIBUJO I- PRACTICA PROFESIONAL I(PINTURA I) PRACTICA PROFESIONAL I(GRABADO I) PRACTICA PROFESIONAL I(ESCULTURA I) |

| | | | | |
|---|--------------|--|-------------|---|
| 4TO.REALIZADOR | | SUPERIOR EN ARTES VISUALES | | |
| | | ORIENTACION.PINT- ESC- GRAB-. | | |
| CUARTO AÑO | | 2do. Año del la Tecnicatura de Realizador en Artes Visuales completo | | |
| | ADEUDA FINAL | ADEUDA CURSADA | INSCRIPCIÓN | CORRELATIVA |
| PRACTICA PROFESIONAL IV PINTURA | | | | DIBUJO III-PROYECTO |
| PRACTICA PROFESIONAL IV(TALLER COMPLEMENTARIO I ESCULTURA) | | | | |
| PRACTICA PROFESIONAL IV (TALLER COMPLEMENTARIO II GRABADO) | | | | |
| DIBUJO IV | | | | DIBUJO III |
| ARTE, CULTURA Y ESTÉTICA DEL MUNDO CONTEMPORÁNEO | | | | HISTORIA DEL ARTE Y PROYECTO DE ANALISIS - MEDIOS AUDIOVISUALES |
| ESPACIO INSTITUCIONAL | | | | |

ECLARO CONOCER: A)PLAN DE ESTUDIOS Y CORRELATIVIDADES,B)EL /la ALUMNO/a DEBE

ACTUALIZAR SUS DATOS Y MATERIAS RENDIDAS EN CADA FECHA DE EXAMEN.

FIRMA DEL ALUMNO/A:.....

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

ESPACIO INSTITUCIONAL:son espacios de actualización de saberes que son puestos a disposición para ser cursados por lXs estudiantes, de acuerdo a las necesidades que la institución evidencie.
Para las Tecnicatura de Ceramica deben contar con 256 hs reloj (8 modulos) en el transcurso de la carrera

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 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:.....