



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: Fecha		Nombre/s:	
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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Otra/s lengua/s: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lengua/s indígena/s:			
¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?		<input type="checkbox"/> 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	
<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"/>		<input type="checkbox"/> Visual: Disminuida / Disminuido visual	
<input type="checkbox"/> Visual: Ciega / Ciego			
¿Posee Certificado Único de Discapacidad?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
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? ☐ 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía Problemas /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Problemas de piel		

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 7 del Decreto de Educación Secundaria)

Otros estudios superiores realizados:

Carrera:	Completa:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Carrera:	Completa:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Carrera:	Completa:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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: Firma
Fecha de inscripción: / /	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

CARRERA DE: ...TECNICATURA SUPERIOR EN CERÁMICA

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				
DIBUJO I				
QUÍMICA APLICADA				
ALFARERIA				
MOLDERIA I				
CERÁMICA				

SEGUNDO AÑO	Adeuda FINAL	ADEUDA CURSADA	INSCRIPCION	correlativa
CERÁMICA Y ALFARERÍA				DIBUJO-QUÍMICA APLICADA-ALFARERÍA
PROYECTO Y DISEÑO CERÁMICO I				DIBUJO I
TECNOLOGÍA APLICADA A LA CERÁMICA I				QUÍMICA APLICADA
MOLDERIA II				MOLDERIA I
LENGUAJE VISUAL II				LENGUAJE VISUAL I
TEORÍAS DE LA PERCEPCIÓN Y LA COMUNICACIÓN				LENGUAJE VISUAL I- HISTORIA DEL ARTE I
HISTORIA DEL ARTE II				HISTORIA DEL ARTE I

TERCER AÑO	Adeuda final	ADEUDA CURSADA	Inscripción	correlativa
CERÁMICA - MOLDERÍA - ALFARERÍA				-PROYECTO Y DISEÑO CERÁMICO I. - TECNOLOGÍA APLICADA A LA CERÁMICA I. - MOLDERÍA II.
TECNOLOGÍA APLICADA A LA CERÁMICA II				-PROYECTO Y DISEÑO CERÁMICO I.
PROYECTO Y DISEÑO CERÁMICO II				TECNOLOGIA APLICADA A LA CERAMICA I
ARTE, CULTURA Y ESTÉTICA DEL MUNDO CONTEMPORÁNEO				-HISTORIA DEL ARTE II -TEORÍAS DE LA PERCEPCIÓN Y LA COMUNICACIÓN.
HISTORIA DE LA CERÁMICA Y PROYECTO DE ANÁLISIS				LENGUAJE VISUAL II -HISTORIA DEL ARTE II -CERÁMICA Y ALFARERIA -TEORIAS DE LA PERCEPCION Y LA COMUNICACIÓN
ESPACIO INSTITUCIONAL				

ESPACIO INSTITUCIONAL:son espacios de actualización de saberes que son puestos a disposición para ser cursados por los estudiantes, de acuerdo a las necesidades que la institución evidencie. Para las Tecnicatura de Ceramica deben contar con 64 hs reloj (2 modulos semanales en el año) en el transcurso de la carrera

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.

FIRMA DEL ALUMNO/A:

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 la carrera de _____Nivel _____turno._____de 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:.....