





F1- FICHA DE INSCRIPCIÓN PERIODO 202... – Nivel Secundario													
<b>DATOS DEL ALUMNO/A</b>													
Apellidos y Nombres				Curso									
D.N.I.N°		Fecha de Nac.		Nacionalidad									
Domicilio			Localidad			Teléfonos							
<b>DATOS DE LA FAMILIA</b>													
<b>Nombre del Padre</b>				D.N.I. N°:				CUIL: ..... - .....					
Domicilio (si no convive con el alumno/a)				Teléfono fijo Teléfono móvil									
Lugar de trabajo				Teléfono									
Profesión y/o ocupación													
<b>Nombre de la Madre</b>				D.N.I.N°:				CUIL: ..... - .....					
Domicilio (si no convive con el alumno/a)				Teléfono fijo Teléfono móvil									
Lugar de trabajo				Teléfono									
Profesión y/o ocupación													
E-mail para comunicados													
<b>ANTECEDENTES ESCOLARES</b>													
Colegio/Escuela de Procedencia:								Repite	SI	NO			
Asignaturas pendientes		SI								NO			
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b>													
Recibe tratamiento psicológico, psicopedagógico o presenta problemas de aprendizajes o conducta								SI	NO				
Antecedentes quirúrgicos		SI	NO	Antecedentes alérgicos		SI	NO	Enfermedades crónicas		SI	NO		
¿Autoriza a que su hijo/a sea medicado en caso de emergencia por el profesional médico del servicio de salud?								SI	NO				
<b>DOCUMENTACIÓN PARA LEGAJO ÚNICO DEL ALUMNO</b>													
-Constancia de pase en trámite								-Acta compromiso: contrato, acuerdo de convivencia.					
-Pase Definitivo/Certificado 7° grado								-Fotocopia autenticada DNI (anverso y reverso)					
-Libreta original								-Fotocopia autenticada de partida de nacimiento					
-Apto médico para Educación Física								-fotocopia de DNI de padre/madre/tutor					
-Dos fotos 4x4 actualizadas								-Ficha Médica del Colegio:					



-Certificado de Salud, expedido por médico particular, hospital o centro de salud (Formulario adjunto)	
- Examen oftalmológico y audiometría (fonoaudiologa)	

INFORMACIÓN IMPORTANTE
<p>La presente matrícula es provisoria, la que será confirmada con la presentación del Pase Definitivo o Certificado Analítico de estudios, debidamente legalizado por el establecimiento de origen.</p> <p>El Pase Definitivo o Certificado Analítico de estudios deberá ser presentado hasta el 30 de junio del año en curso. En el caso de que la documentación presentada no concorde con la documentación provisoria, se origina una situación antirreglamentaria quedando ANULADA la inscripción por disposición interna de la unidad educativa. La presente inscripción con matrícula provisoria impide al alumno inscribirse en los turnos de exámenes, lo que será posible con la presentación del Pase o Certificado analítico legalizado.</p> <p>La documentación correspondiente al Legajo Único del Alumno deberá ser presentada hasta el inicio del Ciclo Lectivo 2023 según Calendario Escolar Jurisdiccional (exceptuando Pase Definitivo o Certificado Nivel Primario).</p>

<b>Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente ficha de inscripción son verdaderos, adhiero al Acuerdo de Convivencia Institucional y al régimen de contrato en todos sus términos</b>	
Fecha:        /        /	Firma y aclaración Padre/Madre/Tutor:

.....A ser llenado solo por la Institución.....

Paso 1: Recepción	Paso 2: Control Secretaría	Paso 3: Control Dirección
Fecha:        /        /	Fecha:        /        /	Fecha:        /        /
Firma autoridad Administrativa	Firma Secretaria Académica	Firma Directivo Nivel Secundario

Salta .....de ..... de 202....

**La Dirección de Lúdere college N° 8220 - NIVEL SECUNDARIO** recepciona en el día de la fecha la preinscripción del alumno/a..... DNI N°..... en el ciclo lectivo del año 202..., para cursar el ..... Año del Ciclo Básico Común / Orientado.

Completo:

Incompleto:

Sello de la Institución.

Firma y Sello Directivo.



**F1- DATOS OBLIGATORIOS DEL TUTOR/A – NIVEL SECUNDARIO - CICLO LECTIVO: 2023**

**En este apartado se indica el/los tutor/es que se autorizan para que la institución pueda comunicarse con los mismos en caso de ser necesario y para poder retirar a los estudiantes del establecimiento.**

**1. DATOS DEL TUTOR N° 1**

- Apellidos y Nombres del Tutor/a:.....
- Fecha de Nacimiento:      Día: ..... Mes:..... Año:.....
- Tipo y Número de Documento:.....CUIL:.....
- Domicilio (si no convive con el estudiante): .....
- Parentesco con el estudiante (madre, padre, abuelo/a, tutor legal):.....
- Teléfono fijo: .....Celular: .....
- E-Mail para comunicados: .....
- Firma:

**2. DATOS DEL TUTOR N° 2**

- Apellidos y Nombres del Tutor/a:.....
- Fecha de Nacimiento:      Día: ..... Mes:..... Año:.....
- Tipo y Número de Documento:.....CUIL:.....
- Domicilio (si no convive con el estudiante): .....
- Parentesco con el estudiante (madre, padre, abuelo/a, tutor legal):.....
- Teléfono fijo: .....Celular: .....
- E-Mail para comunicados: .....
- Firma:

**3. DATOS DEL TUTOR N° 3**

- Apellidos y Nombres del Tutor/a: .....
- Fecha de Nacimiento:      Día: ..... Mes:..... Año:.....
- Tipo y Número de Documento:.....CUIL:.....
- Domicilio (si no convive con el estudiante): .....
- Parentesco con el estudiante (madre, padre, abuelo/a, tutor legal):.....
- Teléfono fijo: .....Celular: .....
- E-Mail para comunicados: .....
- Firma:



CERTIFICADO DE APTO FISICO

Certifico que ..... DNI N°..... de .....años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas natación y las propias de educación física escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

- No presenta signos de enfermedad Infecto-contagiosa
  - Peso ..... talla..... T/A.....
  - Observaciones .....
- .....

Firma y Sello del Pediatra

Fecha...../...../.....

**Salud Bucal:**

Presenta caries:	SI	NO
En tratamiento:	SI	NO
Buena salud bucal:	SI	NO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Control Oftalmológico:**

Buena visión:	SI	NO
Usa anteojos:	SI	NO

OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Odontólogo

Fecha: ...../...../.....

Firma y Sello del Oftalmólogo

Fecha:...../...../.....

**Examen auditivo:** .....

.....

.....