DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION

**Nº DE ORDEN**

**IMPRIMIR EN TAMAÑO LEGAL**

DIRECCION DE EDUCACION ARTISTICA

INSTITUTO PROFESORADO DE ARTE “ADOLFO ABALOS”

**FICHA INDIVIDUAL DE MATRÍCULA – CICLO LECTIVO 2019**

**COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA Y CLARA**

**APELLIDOS Y NOMBRES**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . (Como figura en el documento en letra imprenta)

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (TIPO Y NÚMERO):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LUGAR DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PAIS**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: / / Edad

**DOMICILIO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NºPiso\_\_\_\_\_ Dpto.\_\_\_\_\_\_

**LOCALIDAD**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PROV.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELÉFONO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CEL**. **MAIL**

**PERTENECE A PUEBLOS ORIGINARIOS:** SI NO **ES PERSONA CON DISCAPACIDAD** : SI NO

TÍTULO SECUNDARIO: (marcar con una cruz) COMPLETO□ ADEUDA MATERIAS□

(Los alumnos que matriculan en loa Profesorados adeudando materias de Secundario cursan CONDICIONAL a la acreditación de las materias en marzo y/o agosto de 2019)

A QUIEN AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA: …………………………………..………

PARENTESCO: ………………………………………………………..….......

TEL FIJO: …………………………TEL CELULAR:……………….……………..

DOMICILIO: ……………………………………...….…..N.º………….………

***SOLO MENORES DE 18 AÑOS***

***NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE/MADRE O TUTOR: ……….………….............................***

***TEL FIJO: …………………………TEL CELULAR: ……………….……………..***

***DOMICILIO: ……………………………………...….…..N.º………….……..***

**OBSERVACIONES: ………………………………………………………………………………………………………..**

FECHA: / /

**FIRMA DEL ALUMNO** …………………………………………………….....

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR …………………………………….

(Solo menores de 18 años)

**RECIBIÓ:**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nº DE ORDEN**

Provincia de Buenos Aires

Dirección General de Cultura y Educación

Dirección de Educación Artística *CONSTANCIA DE MATRICULACIÓN CICLO 2019*

Instituto del Profesorado de Arte Nº 5

En Mar del Plata, a los….días del mes de……………. de 2019 el Sr/a …………………………………………………...ha

matriculado en la carrera de ………………………………………….………en………………………….………. año/ nivel.

-------------------------------------

p/ Instituto del Profesorado de Arte

**FICHA DE SALUD- ENCUESTA SOCIAL**

APELLIDO Y NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FACTOR RH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÒNICA?

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ALERGIA? SI NO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA? SI NO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD GÀSTRICA, RESPIRATORIA, CARDIACA? SI NO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿PRESENTO EN ALGUNA OCASIÒN PROBLEMAS PSICOLOGICOS O PSIQUIATRICOS? SI NO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿ESTÀ TOMANDO ALGÙN MEDICAMENTO EN LA ACTUALIDAD? SI NO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿POSEE OBRA SOCIAL O SEGURO MÈDICO? SI NO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CENTRO MEDICO AL CUAL DEBE SER DERIVADO EN CASO DE URGENCIA:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿TRABAJA? SI NO

NOMBRE O DESCRIBA BREVEMENTE SU TRABAJO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUCLEO FAMILIAR:

¿COMO SE CONFORMA SU GRUPO CONVIVIENTE?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………. ………………….

Firma del alumno Firma del Padre o Tutor

(SOLO MENORES DE 18 AÑOS)