Planilla de datos del alumno ciclo 2026
Escuela Nuestra Señora de Fátima (Secundaria)

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:)

OTROS DATOS

Hermanas o hermanos: ☐ SI Cantidad: Cantidad que asiste a este establecimiento:

☐ NO tiene hermanas o hermanos

¿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

Percibe: Asignación Universal por Hijo (AUH): ☐ SI ☐ NO Progresar: ☐ SI ☐ NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta ☐ Transporte escolar DGCyE ☐ Colectivo ☐ Tren ☐ Vehículo particular ☐ Taxi/Remis ☐ Otro

Contestan estudiantes de 14 años y más:

¿Tiene hijas o hijos menores de 3 años? ☐ SI ☐ NO ¿Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales? ☐ SI ☐ NO

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	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐			
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO
Desmayos	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐
Mareos	☐	☐
Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Palpitaciones	☐	☐
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿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	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿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?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ 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?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐
Tos crónica	☐	☐
Celiaquía	☐	☐

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: Malvinas Argentinas Sector de gestión: ☐ Estatal ☒ Privado

Nombre escuela: Escuela Nuestra Señora de Fátima N°: DIEGEP 4317

A completar por el establecimiento: Clave provincial: 4133MS4317 CUE: 0609324-00

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar): Distrito:

Nivel/Modalidad: Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado

Dependencia: ☐ Oficial ☐ Municipal ☐ Nacional ☐ Privada ☐ Otros organismos

Nombre escuela: N°:

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: ☐ Ciclo Básico ☐ Ciclo Superior ☐ Aula de Fortalecimiento ☐ Escuela Profesional Secundaria

Orientación: Año: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Turno solicitado: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche

Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad

CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel ☐ Promovida / Promovido ☐ Reinscripta / Reinscripto ☐ Repitente

INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concurre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concurre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO

EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): ☐ SI ☐ NO

Centro de Educación Física (CEF): ☐ SI ☐ NO

Escuela de Educación Estética: ☐ SI ☐ NO

SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor ☐ Desayuno y Merienda

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO

Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: Nombre/s:

Tipo de doc: N°: Describa restricción:

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

Personas autorizadas a retirar al alumno (no padres) Se pueden agregar más al reverso de la hoja firmando al pie los padres.

1

Apellido/s:_____ Nombre/s:_____

DNI:_____ Vínculo/parentesco con el alumno:_____

2

Apellido/s:_____ Nombre/s:_____

DNI:_____ Vínculo/parentesco con el alumno:_____

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 persona responsable: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director:

Recordar que pueden agragar más personas autorizadas al reverso de la hoja firmando al pie los padres.

Planilla **EDUCACIÓN FÍSICA** 2026

Escuela Nuestra Señora de Fátima (Secundario)

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s: Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / / D.N.I:

DOMICILIO Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono mamá: Teléfono papá:

Teléfono familiar 1: Teléfono familiar 2:

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	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐			
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿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	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿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	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿En qué año?:

Planilla EDUCACIÓN FÍSICA 2026

Escuela Nuestra Señora de Fátima (Secundario)

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s: Nombre/s:

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	☐	☐	Tos crónica	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Celiaquía	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐			

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: Nombre/s:

Tipo de doc: N°: Describa restricción:

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

Personas autorizadas a retirar al alumno (no padres) Se pueden agregar más al reverso de la hoja firmando al pie los padres.

1

Apellido/s:_____ Nombre/s:_____

DNI:_____ Vínculo/parentesco con el alumno:_____

2

Apellido/s:_____ Nombre/s:_____

DNI:_____ Vínculo/parentesco con el alumno:_____

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 persona responsable: .....

Aclaración: .....

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

Recordar que pueden agragar más personas autorizadas al reverso de la hoja firmando al pie los padres.