



Dirección General de
Cultura y Educación

Buenos Aires
LA PROVINCIA

Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

CONSTANCIA GENERAL

ESCUELA PRIMARIA N°:

DISTRITO:.....

FECHA.....

La Dirección del Establecimiento, deja constancia que.....

.....
.....

Se extiende a pedido del interesado para ser presentada ante

.....

Sello establecimiento

Firma y sello de la autoridad

2433



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - Año Lectivo 2008 N°: _____
EDUCACIÓN PRIMARIA EP

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: Estatal
Número: Distrito: Privado

INSCRIPCIÓN EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponde)
NIVEL: EPB AÑO: 1 2 3 4 5 6
TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde Alternancia Doble Escolaridad Jornada Completa Vespertino

DATOS DEL ALUMNO/A:
Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
Apellido/s: Nombres:
Sexo: Fecha de Nac:/...../..... Lugar de Nac: Nacionalidad:
Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
Localidad: Código Postal: Teléfono:
N° Legajo: N° Libro Matriz: N° Folio:

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA: (Complete sólo si el año pasado o este año el alumno concurrió a otro establecimiento)
Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatal
Nombre del Establecimiento: Nro: Privado
Condición del alumno en la inscripción actual: Repitente Reinscripto Ingresante Promovido En Compensación

Otros datos: ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuántos en este Establecimiento? Distancia del domicilio a la escuela: Km.
Cantidad de habitantes en el hogar: Cantidad de habitaciones en el hogar (exceptuando cocina y baño):
Cantidad de libros en el hogar (no contando revistas, diarios y textos escolares): ¿Recibe apoyo escolar? NO SI
¿Asistió a la sala de 5 años en el nivel Jardín de Infantes? NO SI

FAMILIARES/TUTORES DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

Apellido/s de la MADRE: Nombres:
Nacionalidad: Profesión u ocupación:
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente Temporal Chango/jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/pensionado Rentista Discapacitado Otros
Nivel de Instrucción de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)
Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
¿Vive? NO SI → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del PADRE: Nombres:
Nacionalidad: Profesión u ocupación:
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente Temporal Chango/jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/pensionado Rentista Discapacitado Otros
Nivel de Instrucción del Padre: (Marque el último nivel alcanzado)
Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
¿Vive? NO SI → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:
Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del TUTOR/RESPONS.: Nombres:
Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente Temporal Chango/jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/pensionado Rentista Discapacitado Otros
Nivel de Instrucción del tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado)
Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:
Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee
Domicilio - Calle: N°: Pts: Torre: Dpto:
Localidad: Código Postal: Teléfono:

JEFE/A DE HOGAR: Madre Padre Tutor/Responsable

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:
Apellido/s: Nombres:
Tipo Doc: N° Doc: Vínculo / Parentesco con el alumno:

381-2433

Obra Social: N° Afiliado:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?:
SÍ NO ¿Cuál?:
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:
SÍ NO ¿Por qué?:

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIAS? SÍ NO
En caso afirmativo, describe sus manifestaciones:
La alergia se debe a: No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? SÍ NO

TRATAMIENTOS:
¿Recibe tratamiento médico?: SÍ NO Especifique:
Quirúrgicos: SÍ NO Edad: Tipo de Cirugía:
¿Presenta alguna limitación física?: SÍ NO Aclaración:
Otros problemas de salud:

NO LLENAR LOS PADRES
VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS
En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica
DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo)
Fecha de la Determinación:

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :
Recurrir a: Institución: Teléfono:
Domicilio:
Médico: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:
Familiar: Apellido/s: Nombres:
Domicilio: Teléfono:

ACTUALIZACIONES:
Fecha: Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO
Describe los cambios de salud del alumno:
Fecha: Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO
Describe los cambios de salud del alumno:
Fecha: Anual: SÍ NO ¿Hay cambios? SÍ NO
Describe los cambios de salud del alumno:

*Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.
La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.
El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.*

Fecha de inscripción: Firma del responsable Aclaración



Dirección General de
Cultura y Educación



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

SOLICITUD DE PASE

ESCUELA N°:DISTRITO.....

FECHA.....

La Dirección del establecimiento, SOLICITA – CONCEDE el pase del alumno

.....de.....año.

Sello establecimiento

Firma y sello de la autoridad


2433



DGCyE - DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA

TEL: RPV: 21402/21340, 0800 222 2338, (0221) 483 6721 - email: dirpla_estadistica@ed.gba.gov.ar

La base de datos de Cédula Escolar debe ser enviada únicamente a través de http://bec.gov.ar (en "Servicios Web", opción "Intranet"); con información actualizada al 15 de marzo.

MATRÍCULA INICIAL 
AÑO 2008
EDUCACIÓN PRIMARIA

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO


INFORMACIÓN AL 15 DE MARZO

Distrito: Esc N°: Nombre:
Calle: N°:
Localidad: Paraje: CP: RPV:
TE: (.....) E-mail: Clave Pcial. de Establec:.....

Nota: Los establecimientos dependientes de la OLPRE.GEP. deben consignar en "Esc N°" y "Clave Pcial. de Establec" la clave asignada, o precizar (c/f) en trámite si no poseen.

Marque con una "X" en las casillas o complete según corresponda:

Dependencia: <input type="checkbox"/> Estatal-Provincial <input type="checkbox"/> Estatal-Municipal <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Autorizada <input type="checkbox"/> Reconocida <input type="checkbox"/> Incorporada	DIPREGEP: <input type="checkbox"/> Subvención Total <input type="checkbox"/> Sin Subvención <input type="checkbox"/> Subvención Parcial ↳ (Indique):%	Ubicación: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural (Rural: Localidades con menos de 2000 habitantes y población dispersa.)	Organización: <input type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> Anexo <input type="checkbox"/> Hogar	Turnos: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noche	<input type="checkbox"/> Doble esc. <input type="checkbox"/> Alternado NOTA: Doble escolaridad implica de lunes a viernes, es decir dos turnos completos.
Categoría:		¿En el Establecimiento funciona un SEIM? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ → N°:			

 **Cantidad de raciones del Servicio Alimentario:**

Comedor Simple	Copa de leche Simple	Comedor doble	Copa de leche doble	Copa de leche reforzada	Copa de leche reforzada doble	Desayuno y Merienda Completa (DMC)
----------------	----------------------	---------------	---------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------------------------

MATRÍCULA INICIAL (Información al 15 de marzo)

ALUMNOS MATRICULADOS POR AÑO Y SEXO

EDUCACION PRIMARIA

	1°		2°		3°		4°		5°		6°		Total	
	VAR	MUJ	VAR	MUJ	VAR	MUJ	VAR	MUJ	VAR	MUJ	VAR	MUJ	VAR	MUJ
Matrícula														

EDUCACION SECUNDARIA / EGB3 (R.3186/07)

	1°		2°		3°		Total	
	VAR	MUJ	VAR	MUJ	VAR	MUJ	VAR	MUJ
Matrícula								

SECCIONES POR AÑO

EDUCACION PRIMARIA

Secciones	1°	2°	3°	4°	5°	6°	Múltiple	Total

EDUCACION SECUNDARIA / EGB3 (R.3186/07)

Secciones	1°	2°	3°	Múltiple	Total

MATRÍCULA ATENDIDA POR ÁREAS COMPLEMENTARIAS

Áreas	Alumnos de Ed. Primaria		Alumnos de Ed. Secundaria / EGB3	
	Cantidad de matrícula atendida por personal propio	Cantidad de matrícula atendida por personal de otro establecimiento	Cantidad de matrícula atendida por personal propio	Cantidad de matrícula atendida por personal de otro establecimiento
E.O.E.				
Educación Física				
Artística				

ALUMNOS Y SECCIONES POR REGIMEN DE TURNO

Turnos	Ed. Primaria		Ed. Secundaria / EGB3	
	Alumnos	Secciones	Alumnos	Secciones
Mañana				
Intermedio				
Tarde				
Vespertino				
Noche				
Doble esc.				
Alternado				
Total				

Nota: Consignar la cantidad de alumnos que son efectivamente atendidos durante el presente ciclo lectivo en las áreas detalladas.

CANTIDAD DE INGRESANTES A 1° AÑO SEGÚN SU ASISTENCIA A JARDÍN

ALUMNOS POR TIPO DE JORNADA

Tipo de Jornada	Alumn. Ed. Primaria	Alumn. Ed. Secund / EGB3
Jornada Simple (hasta 29 hs. semanales)		
Jornada Extendida (30 hs. semanales)		
Jornada Doble (40 hs. semanales)		
Total		

Asistencia a sala de 5 años	Cantidad de Ingresantes a 1° año		
	Varón	Mujer	Total
Asistieron			
No asistieron			



PLANILLA DE CALIFICACIÓN ANUAL
AÑO LECTIVO 20.....

(1) TIPO DE ESTABLECIMIENTO
DISTRITO..... ESCUELA DE EDUCACIÓN PRIMARIA N°
(2) NOMBRE.....
(3) UBICACIÓN.....

RESUMEN

AÑO..... SECCIÓN

ALUMNOS	CICLO LECTIVO Inf. al (4).....			1° Período Compensatorio Inf. al (4).....		2° Período Compensatorio Inf. al (4).....			Promoción al 31/07 inf. al(9)		TOTALES PROMOCION FINAL (4) - (6)		
	Insc.(5)	Prom	Comp.	Prom.	Comp.	Prom.	Comp.	Rec.	Prom.	Rec.	Prom.	Comp.	Rec.
VARONES													
MUJERES													
TOTAL													
PORCENTAJE (7)													
Fecha de remisión a Inspección (8)													
Firma del docente													
Firma del Director del Establecimiento													
Firma del Inspector de Enseñanza (10)	X			X									

DIRECTOR/A, Señor/a:.....
DOCENTE:.....

OBSERVACIONES

- (1) Público o Privado
- (2) Nombre de la Escuela
- (3) Urbana o Rural
- (4) Corresponde la fecha de cierre de cada período según Calendario de Actividades Docentes y Períodos Complementarios
- (5) Corresponde a la cantidad de alumnos inscriptos al cierre del Ciclo Lectivo
- (6) El número de inscriptos corresponde al total de alumnos que promocionan y recursarán, sumando a este número los alumnos que ingresaron y restando los que egresaron durante los períodos complementarios cuya situación debe quedar consignada en el reverso de la planilla.
- (7) El porcentaje se halla multiplicando el respectivo total parcial por cien y dividiendo por el total de suscriptos en ese período.
- (8) La revisión de esta planilla deberá hacerse por el Director de la Institución o la persona que lo reemplace y se remitirá a la Inspección de Enseñanza al cierre del ciclo lectivo y al final de todos los períodos complementarios.
- (9) Propoción al 31/07 de 1° a 6° años desfasados en edad (Resolución N° 1053/05 Punto 13)
- (10) El Inspector de Enseñanza firma en columna (4) y si fuese necesario en columna (9)

2433



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09. 33

CONSTANCIA PROVISORIA DE ACREDITACION DEL NIVEL PRIMARIO

ESCUELA PRIMARIA N°:
DISTRITO:.....
FECHA.....

La Dirección del Establecimiento, deja constancia que DNI N° ha finalizado los estudios del Nivel Primario, sin adeudar Areas Curriculares, y que se encuentra en tramite el Certificado de Acreditación correspondiente, conforme la legislación vigente.

Se extiende a pedido del interesado para ser presentada ante.....

Sello establecimiento

Firma y sello de la autoridad

2433



PLANILLA DE SOLICITUD DE MAESTRO/A DOMICILIARIO/A

REGION:
DISTRITO:
FECHA:

Señor/a

Director/a de la Escuela Especial N° de

El/la que suscribe (Madre, Padre o Adulto
Responsable) de
solicita la inscripción en el establecimiento a su cargo, de su de
..... años de edad.

El/la nombrada/o padece de que le
impide la concurrencia a la escuela común. A tal efecto acompaño el certificado medico
extendido por el Dr.

Al mismo tiempo dejo constancia del conocimiento de las normas vigentes para la
administración de alumnos en esa escuela y de la aceptación del dictamen medico-
psicopedagógico, sea favorable o no, a su ingreso.

Para el caso de que mi se halle comprendido en el cuadro de
afectados que pueden concurrir a ese establecimiento, me comprometo a colaborar con los
tratamientos que se le proporcionan y a respetar las indicaciones que se ordenan en pro de su
habilitación.

Sin otro particular saludo a usted muy atte.

.....
Firma del Padre, Madre o Adulto Responsable

Aclaración Padre, Madre o Adulto Responsable:

Ocupación:

Apellido y nombre del/a alumno/a:

Fecha de nacimiento:

DNI del alumno:

Domicilio:

Escuela a la que concurre o concurrirá antes de solicitar el servicio

Apellido y nombre del/a docente:

Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

Relevamiento Semestral
Dirección Provincial de Educación Primaria
Dirección de Pedagogía Comunitaria y Psicología Social
Intervenciones de Equipos Interdisciplinarios Distritales

Región:
 Distrito:
 Escuela Primaria N°:

	Escuela Sede	Intervenciones realizadas (resumir situación)	Fecha
EDIA			
COF			
EIPRI			



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

SOLICITUD DE EXENCIÓN PARA ALUMNOS DE EDUCACIÓN FÍSICA

Lugar..... Fecha...../...../.....

SR/A DIRECTOR/A
ESCUELA DE EDUCACION No.....
DISTRITO..... REGIÓN.....

El/La que suscribe....., DNI N°.....
alumno de año..... división; turno..... domiciliado
en.....
se dirige a Ud. para solicitarle quiera tener a bien tramitar la exención en las clases de Educación Física, por el periodo (1) del presente ciclo escolar, por razones de (2)
de acuerdo con las certificaciones que se acompañan.
Atentamente

Firma del padre o tutor
Firma del alumno.....
Aclaración..... DNI.....
(1) Indicar desde-hasta el periodo parcial o ciclo completo
(2) Indicar salud, embarazo, trabajo, distancia. etc.

INFORME DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA
Reubicación por Razones Horarias (Trabajo, Distancia, etc.)

Lugar..... Fecha...../...../.....

El/la alumno/a solicitante se reubica (SI/NO) y debe concurrir a las clases de Educación Física en: grupo Horario lugar
Profesor.....

Firma del Profesor/a del Grupo
Firma de jefe del Departamento.....

CONFORME DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Lugar..... Fecha...../...../.....

- Visto lo solicitado y atento a las certificaciones obrantes, esta Dirección dispone:
1. Autorízase al alumno/a solicitante a no asistir a las clases de Ed Física en el período indicado, no debiendo considerarse las inasistencias que en tal período incurriera, hasta tanto se expida el Inspector de Educación Física sobre la conveniencia o no de su extensión
 2. Comuníquese al Departamento de Educación Física para conocimiento del docente a cargo del curso.
 3. Elévese por vía correspondiente a la Inspección de Educación Física para su Dictamen definitivo. Cumplido vuelva a Secretaria para su archivo.

Firma del Docente
Firma del Secretario.....
Firma del/la Director/a.....

DICTAMEN INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN FÍSICA

Lugar..... Fecha...../...../.....

Vistas las presentes actuaciones, esta Inspección determina que SI/NO corresponde hacer lugar a la exención solicitada por el/la alumno/a de referencia, debiendo ser evaluado según pautas de la Circular N° 1/02.

Firma Inspector..... Actuación N°..... Año.....

Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

**ACCIDENTES PERSONALES
DENUNCIA DE SINIESTROS**

PROVINCIA Seguros

CONTRATANTE:

Apellido y Nombres e Razón Social:	Póliza N°
--	-----------------

COBERTURAS:

Muerte:	<input type="checkbox"/>	Incap. Total y/o Parcial Permanente:	<input type="checkbox"/>
Asist. Médico-Farmacéutica:	<input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporal:	<input type="checkbox"/>

ACCIDENTADO:

Apellido y Nombres:	Fecha ingreso al Seguro:
Fecha Nac.:	DNI / LE / LC - N°
Cédula Ident. N°	Expedida por:
Domicilio: Calle	N°
Localidad:	Cód. Postal:
Pcia.:	Teléfono:
E-mail:	

DATOS DEL ACCIDENTE:

Fecha: Hora: Lugar:

¿Se instruyó sumario policial? En caso afirmativo, ¿Dónde?

Forma en que ocurrió:

CONSECUENCIAS:

¿Se produjo una invalidez permanente?, ¿Cuál?
¿Se produjo una invalidez temporal?, ¿Cuál?

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

¿Se produjo el deceso?	Fecha: / /	Hora:
------------------------------	------------------------------	-------------

BENEFICIARIOS:

Apellido y Nombres	parentesco	tipo	N° de Documento	F. Nacimiento

DOMICILIO DE LOS BENEFICIARIOS:

Calle N° - C.P. - Localidad - Pcia.	N° Teléfono	Firma

FORMA DE PAGO: (*) Marcar lo que corresponda

<input type="checkbox"/> Cheque para enviar a Delegación
<input type="checkbox"/> Cheque a retener en Provincia Seguros S.A.
<input type="checkbox"/> Transferir a: Sucursal
<input type="checkbox"/> Acreditar en: Cta. Cte. N° / C.A. N° / Radicada en Sucursal N°

Nota: Cuando se trate de reclamos por incapacidades se deberá adjuntar el diagnóstico del médico interviniente y denuncia policial. Si posee cobertura de asistencia médico-farmacéutica deberá remitir:

- 1) Para prestaciones médicas, consultas y prácticas: a) Recibo oficial de pago que cumpla con las exigencias de la D.G.L., Emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional y los datos del asegurado; b) Orden médica por pedido de estudios y diagnóstico.
- 2) Para medicamentos: a) Factura o ticket oficial de pago; b) Prescripción médica; c) Troqueles correspondientes a cada medicamento.

En caso de fallecimiento, adjuntar el certificado de defunción, denuncia policial y toda documentación inherente al accidente.

Lugar y fecha de de 20.....

PROVINCIA Seguros S.A.
Calle Pellegrini 71 - 1200 Cap. Fed.
T.E.: 4346-7300 - Fax: 4346-7337
C.U.I.T.: 30-52750916-4

PS N° 416/016

2433



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

SEGURO ESCOLAR
SOLICITUD DE INDEMNIZACION
POR ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA, POR ACCIDENTE



LUGAR		FECHA	

1. ESTABLECIMIENTO

NOMBRE			
ESUELA N°	DISTRITO ESCOLAR		ESTATAL/PRIVADO (U)
DOMICILIO (Calle y Número)			
LOCALIDAD	COD. POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO
AUTORIDAD ESCOLAR CERTIFICANTE			

2. DETALLES DEL ACCIDENTE

LUGAR		FECHA	HORA
COMO OCURRIO			

3. ALUMNO ACCIDENTADO

APELLIDO Y NOMBRES					
PROFESIONISTA	NUMERO	POLICIA	FECHA NACIMIENTO		NACIONALIDAD
			DA	ME	AÑO
DOMICILIO (CALLE, NUMERO, PISO, DEPARTAMENTO)					TELÉFONO
LOCALIDAD		PROVINCIA		CODIGO POSTAL	
CONDICION DEL ALUMNO	GRADO	TURNO	PERIODO ESCOLAR		
LESIONES EMERGENTES DEL ACCIDENTE (2)					
ANTECEDENTES DE ACCIDENTES ANTERIORES (3)					



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

ESCUELA PRIMARIA N°:
DISTRITO:.....
FECHA.....

La Dirección del Establecimiento, deja constancia que
..... es alumno regular
de año.

Se extiende a pedido del interesado para ser presentada
ante.....

Sello establecimiento

Firma y sello de la autoridad

2433

Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09



CONSTANCIA DE ENTREVISTA

ESCUELA PRIMARIA N°

DISTRITO:.....

FECHA.....

HORARIO:

MOTIVO DE LA ENTREVISTA:.....

.....

PARTICIPANTES:.....

.....

OBSERVACIONES:.....

.....

Sello establecimiento

Firma y sello de la autoridad

2433



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

FORMULARIOS DE
EDUCACION SECUNDARIA

* 2433



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - Año Lectivo 200
EDUCACIÓN POLIMODAL Y TRAYECTOS TÉCNICOS PROFESIONALES
BACHILLERATO PARA ADULTOS

• DATOS DEL ESTABLECIMIENTO: Nombre: Estatul
 Privado
 Número: Distrito:

INSCRIPCIÓN EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN: (Marque con una cruz lo que corresponda)

NIVEL: Medio Polimodal Sistema Dual Adultos CEBAS Trayectos Pre-Profesionales (ex O.C.C.)
 Curso de Capacitación Post-Primaria Otro

ARO: 1 2 3 4 5 6 En T.P.P. 7 8 9

TURNO SOLICITADO: Mañana Tarde Vespertino Noche Alternancia Doble

• DATOS DEL ALUMNO/A:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Apellido/s: Nombres:

Sexo: Fecha de Nac: Lugar de Nac: Nacionalidad:

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

N° Legajo: N° Libro Matriz: N° Folio:

SERVICIO EDUCATIVO DE PROCEDENCIA: (Complete sólo si el año pasado o este año el alumno concurre a otro establecimiento)

Jurisdicción/Provincia: Distrito: Rama/Nivel: Estatal
 Nombre del Establecimiento: Nro: Privado

Condición del alumno en la inscripción actual: Replante Reinscripto Ingresante Promovido En Compensación Proveniente del ciclo lect. Anter.

Otros datos: ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuántos en este Establecimiento? Distancia del domicilio a la escuela: Km

Cantidad de habitantes en el hogar: Cantidad de habitaciones en el hogar (exceptuando cocina y baño):

Cantidad de libros en el hogar (no contando revistas, diarios y textos escolares):

FAMILIARES/TUTORES DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

Apellido/s de la MADRE: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente Trabajo Temporal Changes/ jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/ pensionado Rentista Discapacitado Otros

Nivel de Instrucción de la Madre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

¿Vive? NO SI → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del PADRE: Nombres:

Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente Trabajo Temporal Changes/ jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/ pensionado Rentista Discapacitado Otros

Nivel de Instrucción del Padre: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

¿Vive? NO SI → Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

Apellido/s del TUTOR/RESPONS.: Nombres:

Vínculo / Parentesco con el alumno: Nacionalidad: Profesión u ocupación:

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD: Trabajo Permanente Trabajo Temporal Changes/ jornalero No trabaja y busca Ama de casa Estudiante Jubilado/ pensionado Rentista Discapacitado Otros

Nivel de Instrucción del tutor/responsable: (Marque el último nivel alcanzado)

Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado Completo Incompleto Hasta el año/grado:

Tipo Doc: N° Doc: Estado del Doc: Bueno Malo En Trámite No posee

Domicilio - Calle: N°: Piso: Torre: Dpto:

Localidad: Código Postal: Teléfono:

JEFE/A DE HOGAR: Madre Padre Tutor/Responsable

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO DEL ESTABLECIMIENTO:

Apellido/s: Nombres:

Tipo Doc: N° Doc: Vínculo / Parentesco con el alumno:

2433

Obra Social:		N° Afiliado:	
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:			
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:			
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué?:			
¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:			
La alergia se debe a: No sabe <input type="checkbox"/> ¿Recibe tratamiento permanente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTOS:			
¿Recibe tratamiento médico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique:			
Quirúrgicos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad: Tipo de Cirugía:			
¿Presenta alguna limitación física? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Aclaración:			
Otros problemas de salud:			
NO LLENAR LOS PADRES	VACUNAS OBLIGATORIAS: Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACIÓN: COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN DATOS <input type="checkbox"/> <i>En caso de ser incompleta o sin datos se debe realizar consulta médica</i>		
	DETERMINACIÓN DE: Talla (en centímetros): Peso: Kgrs. (con 1 décimo) Fecha de la Determinación:/...../.....		
SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA :			
Recurrir a:		Institución:	
		Domicilio: Teléfono:	
Médico:		Apellido/s: Nombres:	
		Domicilio: Teléfono:	
Familiar:		Apellido/s: Nombres:	
		Domicilio: Teléfono:	
ACTUALIZACIONES:			
Fecha:/...../.....		Anual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Hay cambios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Describa los cambios de salud del alumno:			
Fecha:/...../.....		Anual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Hay cambios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Describa los cambios de salud del alumno:			
Fecha:/...../.....		Anual: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Hay cambios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Describa los cambios de salud del alumno:			

Incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño de la escuela.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha de inscripción:/...../.....
 Firma del responsable Aclaración



ACTA DE COMPROMISO DE DOCUMENTACIÓN

----- En la sede de la Escuela de Educación N° , a los
..... días del mes de del año 20....., se reúnen el/la Señor/a
Director/a, y el Señor/a
....., Padre/Madre/Adulto responsable del alumno/a
....., inscripto en Año, a efectos de dejar
constancia que no se ha presentado la documentación que se detalla:

-
-
-
-

Al respecto el Padre/Madre/Adulto responsable, se compromete a tramitar a la brevedad, dicha documentación, y hacer entrega de la misma en la Escuela.

Asimismo la Escuela le informa que mientras no se efectivice la presentación de la documentación referida, que:

- 1.- No se autorizará a rendir Equivalencias, Espacios Pendientes de Acreditación/Asignaturas y/o Previas en los turnos señalados por el Calendario Escolar
- 2.- No se extenderán constancias ni certificados
- 3.- Si a la presentación del Certificado Analítico, se comprobara que NO coincide con la constancia provisoria podrá modificarse el Dictamen dado en forma **CONDICIONAL** al presentar la solicitud de inscripción.
- 4.- no se extenderá certificado de finalización del Nivel.

Sin más, firman al pie los presentes.-----

.....
FIRMA DEL PADRE, MADRE Y/O ADULTO RESPONSABLE

.....
DNI

.....
FIRMA DEL DIRECTIVO

2433



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

SOLICITUD DE PASE

Al Sr./a. Director/a

Escuela N°

Distrito.....

S _____ / _____ D

El/la que suscribe,
Padre / Madre / Adulto responsable del alumno
de año división solicita se extienda la documentación
correspondiente a efectos de realizar el pase de dicho alumno a la Escuela
.....del distrito de

A tal efecto adjunto constancia de vacante otorgada.

Declaro en este acto estar en conocimiento de mi
responsabilidad en lo referente al cumplimiento de la obligatoriedad de la
Educación Secundaria (Artículo 91° inc. a Ley 13688).

Firma:

Aclaración:

DNI N°:

Domicilio constituido:

2433



Informe

de

Convivencia:

.....

A la fecha, registra un total de: inasistencias, de las cuales han sido justificadas.

Se extiende la presente en la ciudad de, a los días del mes de del año -

.....

Secretario/a

.....

Director/a



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
 Dirección General de Cultura y Educación
 Dirección Provincial de Educación Secundaria

PLANILLA DE CALIFICACIONES
 Bachillerato para Adultos

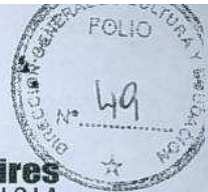
Escuela:
 Distrito: Región:
 Modalidad: Curso: Año:
 Asignatura:
 Profesor/es:

N°	Apellido y Nombre	1° Cuatrimestre					2° Cuatrimestre					% As. Anual	Cal. Anual	Cal. Dic.	Cal. Feb-Mar.	CALIFIC. FINAL
		Esc.	Des.	Otr.	% As.	Cuatr.	Esc.	Des.	Otr.	% As.	Cuatr.					
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																

Cant.de Alumnos	1° Cuatrimestre		2° Cuatrimestre		Inf. Final	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Ausentes						
0 - 3						
4 - 6						
7 - mas						
TOTAL						

Nota:
 Esc.: Evaluación escrita obligatoria
 Des.: Desempeño global
 Otr.: Otras evaluaciones
 Trim.: Ponderación de las calificaciones del trimestre

Las Calificaciones son ponderables y en numeros enteros



Dirección General de
Cultura y Educación



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Dirección General de Cultura y Educación

SOLICITUD DE COMISION EVALUADORA

..... de de 20.....
Lugar Dia Mes

A.....Sr.Director.....

.....que suscribe.....D.N.I.....Solicita a Ud.

la inclusión para el Periodo de Comisión Evaluadora de.....

en la siguientes **Espacios Curriculares/TTP - Materias/TpP - Asignaturas**

1-de.....Año

2-de.....Año

3-de.....Año

4-de.....Año

Saluda a Ud. Atentamente

.....
FIRMA

2433



**ACTA INDIVIDUAL DE COMISIÓN
EVALUADORA**

PARA ALUMNOS DESAPROBADOS

Escuela de educación.....N°.....de.....
ESTABLECIMIENTO

Espacios Curriculares/TTP - Materias/TpP - Asignaturas.....Año.....DIV.....Turno.....

Apellido y Nombres del Alumno.....

Comisión Evaluadora constituida por.....

TEMA EVALUADO	ACTUACIÓN DEL ALUMNO				
	Muy Bien	Bien	Reg.	Mal	No Contestó
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					

CALIFICACIÓN FINAL
En Números en Letras

OBSERVACIONES

Lugar y Fecha

Firma Presidente

Firma Vocal

Firma Vocal



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

SOLICITUD DE EQUIVALENCIAS

ESCUELA DE EDUCACION N° DE
..... de de 200...

El / La que suscribe.....
DNI N° de nacionalidad domiciliado... en
..... N°..... Piso Dto de la localidad de
..... Prov.de Tel.
Nacido ... en Prov. de el.../.../.....

SOLICITA SE LE FIJEN EQUIVALENCIAS PARA: (llénesse a) o b) según corresponda)

- a) Ingresar en año, modalidad / especialidad
.....
- b) Obtener el título de
.....

Adjuntando Certificado de Estudios legalizado y Programas Analíticos de Estudios foliados y firmados por el establecimiento de origen, con que acredita:
(llénesse a o b según corresponda)

- a) tener aprobado año/s, modalidad/especialidad
orientación Plan:
- b) tener el título de
.....

.....
Firma del Padre / Madre / Adulto Responsable

.....
Firma del alumno



A LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE EDUCACION SECUNDARIA
(En caso de corresponder)

Se eleva la presente solicitud de equivalencias a fin de que se dictamine al respecto.

..... de de 200...

.....
Secretario/a

Sello

.....
Director/a



Corresponde al Expediente N° 5801-4.122.556/09

Dirección Provincial de Educación Secundaria

ESCUELA DE EDUCACION N°

DISTRITO:

DICTAMEN DE EQUIVALENCIAS

Completar a ó b según corresponda:

- a) EMITIDO POR LA DIRECCION PROVINCIAL - Dictamen N°
- b) EMITIDO POR LA ESCUELA - Dictamen Interno N°

..... de de 20...

VISTA la solicitud de equivalencias formulada por el alumno/a esta Direccion determina de acuerdo con la Resolucion / Disposicion N° que, para ingresar en año del Plan N° correspondiente al titulo de, debera:

1°) Aprobar en calidad de equivalencias o Acreditacion de Competencias, a partir del turno de:

AREA / ASIGNATURA / MATERIA / ESPACIO CURRICULAR / MODULO TpP-TTP-TAP	AÑO	Condicion

2°) Aprobar en calidad de Previas o Pendiente de Acreditacion, a partir del turno de:

AREA / ASIGNATURA / MATERIA / ESPACIO CURRICULAR / MODULO TpP-TTP-TAP	AÑO	Condicion

3°) Las restantes areas / materias / asignaturas / espacios curriculares / modulos se consideran aprobados/as por equivalencias.

4°) Tomado conocimiento y notificado Interesado/a, archívese en el legajo de.... alumno/a, previa transcripción del presente dictamen en el Registro de Equivalencias:

.....
Secretario/a

Sello

.....
Director/a



NOTIFICACION DEL ALUMNO:

FIRMA.....

FECHA:/...../.....

NOTIFICACION DEL PADRE, MADRE o ADULTO RESPONSABLE

FIRMA:

FECHA:...../...../.....

ACLARACION:

DICTAMEN N°:..... Transcrito en el Registro de Equivalencias, Libro Folio



REPUBLICA ARGENTINA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Dirección General de Cultura y Educación

SERIE
LM:

RE:
F:

certifica que _____ nacido/a en _____
Provincia de _____, el _____ de _____ de _____, D.N.I. N° _____
cursó los estudios que abajo se expresan, con validez conferida por Ley Federal de Educación N° 24.195, Ley Provincial
de Educación N° 11.612 y Decreto 1.276/96.-

NIVEL DE EDUCACIÓN POLIMODAL

CONDICIÓN	MES	AÑO	ESPACIO CURRICULAR	CALIFICACIÓN	ESTABLECIMIENTO
PRIMER AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
SEGUNDO AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
TERCER AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
PROMEDIO GENERAL					

_____ ha acreditado los espacios curriculares
del Nivel de Educación Polimodal en las condiciones detalladas precedentemente. Por ello se le otorga

BCAS
2433

TRAYECTO TÉCNICO - PROFESIONAL / DE ARTE PROFESIONAL EN :

CONDICIÓN	MES	AÑO	ÁREA MODULAR	MÓDULO	CALIFICACIÓN		ESTABLECIMIENTO
PRIMER AÑO			CURSO:		PROMEDIO:		
SEGUNDO AÑO			CURSO:		PROMEDIO:		
TERCER AÑO			CURSO:		PROMEDIO:		
PROMEDIO GENERAL:							

ha acreditado las competencias correspondientes a los módulos del Trayecto Técnico - Profesional / de Arte Profesional. Por ello se le otorga el título de TÉCNICO en

(Según el perfil profesional aprobado mediante Res. N° 86/98 del Consejo Federal de Cultura y Educación).

OBSERVACIONES

Se extiende el presente certificado en días del mes de _____ de _____, Provincia de Buenos Aires a los

Interesado/a

Sello

.....
Secretario/a

.....
Vicedirector/a / Regente

.....
Director/a

CERTIFICO que las firmas que anteceden (Director/a, Vicedirector/a, Regente, Secretario/a) son auténticas

.....
.....

2433



REPÚBLICA ARGENTINA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Dirección General de Cultura y Educación

SERIE
LM:

RE:
F:

certifica que _____ nacido/a en _____
Provincia de _____, el _____ de _____ de _____, D.N.I. N° _____
cursó los estudios que abajo se expresan, con validez conferida por Ley Federal de Educación N° 24.195, Ley Provincial
de Educación N° 11.612 y Decreto 1.276/96.-

NIVEL DE EDUCACIÓN POLIMODAL

CONDICIÓN	MES	AÑO	ESPACIO CURRICULAR	CALIFICACIÓN	ESTABLECIMIENTO
PRIMER AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
SEGUNDO AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
TERCER AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
PROMEDIO POLMODAL					

_____ ha acreditado los espacios curriculares
del Nivel de Educación Polimodal en las condiciones detalladas precedentemente. Por ello se le otorga



REPÚBLICA ARGENTINA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Dirección General de Cultura y Educación

SERIE
LM:

RE:
F:

certifica que _____ nacido/a en _____
Provincia de _____, el _____ de _____ de _____, D.N.I. N° _____
cursó los estudios que abajo se expresan, con validez conferida por Ley Federal de Educación N° 24.195, Ley Provincial
de Educación N° 11.612 y Decreto 1.276/96.-

NIVEL DE EDUCACIÓN POLIMODAL

CONDICIÓN	MES	AÑO	ESPACIO CURRICULAR	CALIFICACIÓN	ESTABLECIMIENTO
PRIMER AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
SEGUNDO AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
TERCER AÑO		CURSO:		PROMEDIO:	
PROMEDIO POLMODAL					

_____ ha acreditado los espacios curriculares
del Nivel de Educación Polimodal en las condiciones detalladas precedentemente. Por ello se le otorga

8818
2433