



## **PAUTAS PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ESCOLAR**

El presente instructivo está dirigido a los equipos de conducción escolar de los establecimientos educativos de gestión estatal y privada; y establece los aspectos a tener en cuenta al momento de solicitar el completamiento de la ficha de inscripción escolar:

- La ficha de inscripción debe ser completada por la persona responsable de la o el estudiante (madre, padre, tutor, tutora, otro) o bien por la o el propio estudiante si es mayor de 18 años de edad, con excepción de aquellos campos donde se especifica "a completar por el establecimiento".
- En caso de carencia de documento de identidad, la libreta sanitaria materno-infantil, en tanto cuente con los datos de filiación de la o el estudiante (número, folio y tomo del acta de nacimiento) será instrumento provisorio de acreditación a los efectos de la matriculación. (Art. 137°, Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires).
- La inscripción escolar debe tener lugar siempre que sea solicitada, incluso ante la ausencia o deficiencia de la información consignada en la ficha.
- La ficha de inscripción sólo debe completarse cuando la o el estudiante ingresa por primera vez a la escuela, ya sea por ser ingresante al nivel o por ingresar con pase. Las y los estudiantes matriculadas y matriculados en una escuela se consideran, al iniciarse cada curso lectivo y hasta la finalización del respectivo nivel, inscriptas e inscriptos en la misma para la sala, grado o curso que corresponda en cada caso, incluidas e incluidos aquellas y aquellos que no acreditaron el respectivo grado o curso (...). (Art. 134°, Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires).
- Cualquier modificación posterior de los datos informados en la ficha deben ser comunicados por las personas responsables de la o el estudiante al establecimiento educativo de manera inmediata y fehaciente. Las modificaciones se notificarán por cuaderno de comunicación u otro medio complementario implementado en la institución. (Art. 242°, Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires).
- Las y los estudiantes y/o sus responsables deberán acreditar, al momento de la matriculación, el cumplimiento de los requisitos documentales que por reglamentación la Dirección General de Cultura y Educación establezca (identidad, edad, salud, constancias de vacunación vigente y escolaridad previa cuando correspondiera. Art. 133°, Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires).



- En el caso de informar restricciones por decisiones judiciales, la restricción sólo operará cuando se acompañe de la resolución judicial certificada.

- La totalidad de los datos e información suministrada en la ficha tiene carácter de Declaración Jurada.

- Aclaraciones específicas respecto a algunos de los campos que integran la ficha de inscripción:

- **Nombre/s estudiante:** En caso de que la identidad de género de la persona no coincida con los datos obrantes en el DNI, se consignará el nombre de pila de la persona según el Art. 12 de la Ley de Identidad de Género (26.743/2012): “Trato digno. Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.”

A tal fin se consignará: Nombre de pila y se pondrá entre paréntesis la inicial de nombre obrante en DNI+APELLIDO/DD/AÑO+NÚMERO DE DNI. Ejemplo: Alejandro Rodriguez (MRODRIGUEZ149237333333).

- **¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?:** El CPI es un instrumento que brinda el RENAPER para que aquellas personas cuyo nacimiento en el país no ha sido oportunamente inscripto (no cuentan con partida de nacimiento) puedan acceder a derechos básicos mientras inician o continúan el trámite de obtención de la partida de nacimiento y DNI. La tramitación del CPI no inicia el trámite de inscripción tardía de nacimiento. Su objetivo principal es iniciar y facilitar el proceso hacia el reconocimiento de la personalidad jurídica de quienes aún no han sido identificadas e identificados, hasta la formalización de su efectivo acceso a la identidad.

- **Identidad de género:** se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (Art. 2°, Ley 26.743/2012).



– **Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento:** la marca de la opción “Colectivo” habilita en el sistema “Mis Alumnos”, al dar de alta una o un estudiante, a tramitar el boleto estudiantil para quienes asistan a los niveles inicial, primario o secundario de escuelas oficiales o privadas con aporte estatal de la provincia de Buenos Aires.

– **Realiza tareas de cuidado no pagas (Condición de actividad para personas responsables):** esta opción debe ser seleccionada por aquellas personas que realizan tareas de cuidado de niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y/o mayores de edad, que no son pagas o remuneradas.

- De acuerdo a lo estipulado en el Art. 1 y Art. 13 de la Ley de Identidad de Género (26.743/2012), en la ficha no se releva el Sexo declarado al nacer de la o el estudiante. No obstante, al momento de realizar su inscripción en el sistema de registro nominal “Mis Alumnos” es importante que se informe tal como figura en el DNI, dado que este registro luego permite su validación contra RENAPER. Este dato sólo obrará a tal fin y se respetará el carácter confidencial del mismo. Acorde al Art. 9 de la citada Ley no se puede obligar a una persona a que informe si es trans, ni hacer referencias no autorizadas por la persona sobre el nombre consignado en el DNI.





# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20 \_\_\_\_\_ EDUCACIÓN PRIMARIA

N° \_\_\_\_\_

(A completar por el establecimiento)

## 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

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

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

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?	SI	NO
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	

¿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		SI	NO
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: \_\_\_\_\_ Sector de gestión:  Estatal  Privado

Nombre escuela: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

A completar por el establecimiento: \_\_\_\_\_ Clave provincial: \_\_\_\_\_ CUE: \_\_\_\_\_

## 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: Año:  1  2  3  4  5  6

Turno solicitado:  Mañana  Tarde

Jornada:  Simple  Extendida  Completa / Doble escolaridad

**CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL** (Marcar solo una opción) Ingresante al Nivel  Reinscripta / Reinscripto  Promovida/Promovido En Período Extendido de Enseñanza  Repitente Promovida/Promovido en Sistema de Promoción Acompañada. Consignar área/s pendiente/s:**TRAYECTORIA EDUCATIVA**¿Asistió a jardín de infantes?  SI, desde sala de 3 años  SI, desde sala de 4 años  SI, solo a sala de 5 años  NO**INCLUSIÓN**¿Cursa con proyecto de inclusión?  SI  NO

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

 Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión No concorre 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  NOCentro de Educación Física (CEF):  SI  NOEscuela 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°: \_\_\_\_\_  NOProfesión u ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educativo?  SI  NOEn 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.

## A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: \_\_\_\_\_ N° de Matriz: \_\_\_\_\_ N° 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 persona responsable: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma Directora o Director: \_\_\_\_\_