



Queridas Familias:

Junto a las fechas de inscripción, solicitamos que adjunten los siguientes requisitos para iniciar el **Legajo Virtual**. Para ello necesitamos que presenten esta documentación **en un solo PDF** con nombre y apellido del alumno, teniendo en cuenta las siguientes fechas:

- Para inscribir en 4° y 5° año: en la semana del 16 al 20 de noviembre.
- Para inscribir en 2° y 3° año: en la semana del 23 al 27 de noviembre.

Requisitos:

- ✓ D.N.I. del alumno (2 primeras hojas)
- ✓ Acta de nacimiento del alumno
- ✓ Certificado analítico de 7° año del alumno
- ✓ Ficha del Alumno (se adjunta documento)
- ✓ D.N.I. del padre, de la madre y/o tutor (2 primeras hojas)

Enviar por mail a secretaria@cedpioxii.com.ar (para el Turno Mañana) y oficinadelalumno@cedpioxii.com.ar (para el Turno Tarde)

En Asunto consignar Nombre, Apellido, Curso y División a inscribir.

Nota:

- a) En el caso de inscribir para 3° año, **solo consignar curso (sin división)**
- b) En el caso de inscribir para 5° año, **incluir D.N.I. actualizado del alumno.**





FICHA DEL ESTUDIANTE

En el presente formulario es muy importante que completen todo lo consultado, sabiendo que:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

Por favor, complete los datos a continuación:

Comente brevemente: ¿Por qué como familia eligen el Centro Educativo Diocesano PIO XII para acompañar la educación de su hijo/a?

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos y nombre:

DNI:

Cuil:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

N°

entre que calles:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Código postal:

Teléfono fijo.

Celular:

DATOS DE LA MADRE

Apellido y nombre:

DNI

Fecha de nacimiento:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

N°

entre que calles:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Código postal:

Teléfono fijo.





Celular:

Dirección de correo electrónico:

Profesión u ocupación:

Lugar de trabajo:

Teléfono laboral:

¿Convive con el/la estudiante?:

¿Es la responsable administrativa?:

DATOS DEL PADRE

Apellido y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

N°

entre que calles:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Código postal:

Teléfono fijo.

Celular:

Dirección de correo electrónico:

Profesión u ocupación:

Lugar de trabajo:

Teléfono laboral:

¿Convive con el/la estudiante?

¿Es el responsable administrativo?





DATOS DEL/LA TUTOR/A (complete en caso de que este rol no sea asumido por madre o padre)

Apellido y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

N°

entre que calles:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Código postal:

Teléfono fijo.

Celular:

Dirección de correo electrónico:

Profesión u ocupación:

Lugar de trabajo:

Teléfono laboral:

Relación vincular con el estudiante:

DATOS DEL/LA RESPONSABLE ADMINISTRATIVO (persona responsable del pago del arancel mensual)

Apellido y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

N°

entre que calles:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Código postal:





Teléfono fijo.

Celular:

Dirección de correo electrónico:

Profesión u ocupación:

Lugar de trabajo:

Teléfono laboral:

Relación vincular con el estudiante:

OTROS DATOS DEL ESTUDIANTE

- Hermanos: Cantidad:
- Cantidad de hermanos que asisten a este establecimiento:
- Apellido, Nombre y DNI de Hermanos cursando en la institución:
- ¿Recibe beca alguno los hermanos?
- ¿Con quién convive el/la estudiante?:

TRAYECTORIA ESCOLAR DEL NIÑO/A

- Mencione las instituciones educativas en las que transitó su escolaridad el/la estudiante:
- ¿Transitó por procesos pedagógicos de aceleración, acompañamiento sostenido, doble escolaridad, u otros? mencione las causas:
- Consigne el promedio del último grado cursado:
- ¿Practica otras actividades educativas no formales? (idiomas, deportes, danzas, etc.)
- ¿Asistió o asiste a alguna terapia profesional estimuladora del desarrollo?(fonoaudiología, psicopedagogía, psicología, terapia ocupacional, otras)





ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

- Grupo sanguíneo: factor:
- ¿Posee las vacunas según calendario de salud?:
- ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? Especifique:
- Antecedentes inmunoalérgicos. Especifique:

- ¿Actualmente recibe tratamiento médico? Especifique:

- ¿Antecedentes traumáticos y/o quirúrgico? Especifique:

- ¿Presenta alguna característica física y/o sensorial que pueda ser limitante y se deba conocer para la realización de las actividades físicas escolares? Especifique:

- Mencione todo aquel aspecto referido a la salud del aspirante a tener en cuenta:

DATOS PASTORALES:

Fecha y lugar de bautismo del niño:

¿Recibió el sacramento de la primera comunión? (en caso que correspondiere según edad):

¿A qué comunidad eclesial (parroquia, capilla) pertenece la familia?:

¿Participan de algún servicio apostólico? (catequistas, misioneros, adoradores permanentes, servidores de caritas, etc.) ¿cuál?:

En caso de adherir a la fe de otra religión, mencione cual:

OBSERVACIONES:(Aquí puede escribir otros comentarios que desee realizar)

