



Escuela Secundaria de educación Técnico Profesional
 N° 733
 Chacra 175 - Bryn Gwyn
 (9105) Gaiman - Provincia del Chubut
 Teléfonos: (0280) 4431653 – 4434761
 Correo-e: agro733@hotmail.com
www.agro733.edu.ar

FICHA INDIVIDUAL DE MATRÍCULA (CICLO ESCOLAR 2019)

Legajo N°

APELLIDO/S: NOMBRES

DNI N° FECHA NACIMIENTO

EDAD LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD DOMICILIO

LOCALIDAD TELÉFONO (FIJO) CELULAR DE LA CASA:

CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVIÁRLES MENSAJES:

MADRE:

APELLIDO/S: NOMBRES D.N.I:

NACIONALIDAD: DOMICILIO:

TELÉFONO LUGAR DE TRABAJO: TEL.....

PADRE:

APELLIDO/S: NOMBRES D.N.I:

NACIONALIDAD: DOMICILIO:

TELÉFONO LUGAR DE TRABAJO: TEL.....

TUTOR: (Completar solo si tiene autorización mediante Juzgado de Paz)

APELLIDO/S: NOMBRES D.N.I:

NACIONALIDAD: DOMICILIO:

TELÉFONO LUGAR DE TRABAJO: TEL.....

NECESITA CERTIFICADO ESCOLARIDAD PARA EL COBRO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR: **SI** **NO**

LO PRESENTARÁ: EL PADRE LA MADRE OTRO, Nombre DNI.....

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE SE PRESENTARÁ:

CURSO EN QUE SE MATRICULA.....

FECHA/...../.....

.....
 Firma del alumno/a ingresante

.....
 Firma del adulto solicitante



Al Sr. Director

De La Escuela Secundaria de Educación Técnico Profesional N° 733:

Por medio de la presente **SI / NO AUTORIZO** (marcar lo que corresponda) **A mi hijo/a :**

Apellidos y Nombres:

D.N.I:

A realizar salidas educativas participativas a encuentros, cursos, jornadas, competencias, capacitaciones, entrevistas e invitaciones que surgieran de otras instituciones; dentro del radio de la localidad de Gaiman y zona de chacras **SIEMPRE** acompañados por los docentes de la Institución con previo aviso a las familias y dentro del horario escolar.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACIÓN:.....

.

LUGAR:.....FECHA:.....



Al Sr. Director

De La Escuela Secundaria de Educación Técnico Profesional N° 733:

Por medio de la presente **SI / NO AUTORIZO** (marcar lo que corresponda) al Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio y con fines estrictamente educativos, las imágenes, videos, y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut, de **el / la MENOR:**

Apellidos y Nombres:.....

D.N.I:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACIÓN:.....

.

LUGAR:.....FECHA:.....



CERTIFICACIÓN DE SALUD

EXAMEN CARDIOLÓGICO:

Certifico que el /la alumno/a.....DNI:.....

SI / NO Se encuentra en **CONDICIONES APTAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS** correspondientes a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Electrocardiograma: **NORMAL SI / NO.** (En caso de no encontrarse en condiciones APTAS, adjuntar certificado que conste la afección, estudios médicos, fecha de inicio y probable término de la misma)

.....

Firma y sello del médico cardiólogo

Lugar y fecha.....,dede 201.....

EXAMEN CLÍNICO:

Certifico que el /la alumno/a.....DNI:.....

Goza de buena Salud.

(En caso de no encontrarse en condiciones APTAS, adjuntar certificado que conste la afección, estudios médicos, fecha de inicio y probable término de la misma)

Grupo Sanguíneo: **Factor:**

.....

Firma y sello del médico