



DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- | | |
|--|--------------------------|
| Formulario de Inscripción (www.agropinchas.edu.ar/descargas) | <input type="checkbox"/> |
| Fotocopia de DNI del alumno | <input type="checkbox"/> |
| Fotocopia acta de nacimiento del alumno | <input type="checkbox"/> |
| Fotocopia de DNI del padre, madre, tutor | <input type="checkbox"/> |
| Constancia de CUIL del alumno (emitida por ANSES) | <input type="checkbox"/> |
| Constancia de CUIL del padre, madre, tutor (emitida por ANSES) | <input type="checkbox"/> |
| Informe pedagógico | <input type="checkbox"/> |
| Certificado de 7mo grado (Original) | <input type="checkbox"/> |
| Certificado de Aptitud Física. | <input type="checkbox"/> |
| Carnet de vacunas | <input type="checkbox"/> |
| Un cuaderno x24 hojas rayado | <input type="checkbox"/> |
| Una carpeta espiral | <input type="checkbox"/> |
| Informe pedagógico en el caso de estudiantes con necesidades educativas especiales. | <input type="checkbox"/> |
| Autorización de uso y cesión de imagen y voz (No obligatorio) | <input type="checkbox"/> |

*** Si faltara documentación requerida por algún motivo, la misma deberá ser presentada en un plazo no mayor a los 30 días.**



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN ALUMNO/A: _____

Apellidos: _____

Nombres: _____

N° de D.N.I / Cedula: _____ N° C.U.I.L: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ Nacionalidad: _____

Teléfono: _____ Email: _____

INFORMACIÓN SALUD: _____

¿Padece alguna condición médica o discapacidad? Sí NO

En caso afirmativo, por favor especifique: _____

¿Toma algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, por favor especifique: _____

¿Tiene alguna alergia? Sí No

En caso afirmativo, por favor especifique: _____

*** Esta información deberá ser validada con documentación dentro de los 30 días de presentado el formulario, firmada por un medico o especialista de la salud.**



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN PADRE-MADRE-TUTOR/A: _____

Apellidos: _____

Nombres: _____

N° de D.N.I / Cedula: _____ N° C.U.I.L: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Parentesco: _____

¿Puede retirar? SÍ NO

INFORMACIÓN PADRE-MADRE-TUTOR/A: _____

Apellidos: _____

Nombres: _____

N° de D.N.I / Cedula: _____ N° C.U.I.L: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Parentesco: _____

¿Puede retirar? SÍ NO

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de haber una modificación a futuro se deberá informar y hacer registrar inmediatamente.

Autorizo a la Escuela Agropecuaria Dr. Agustín Benjamín de la Vega a utilizar los datos de este formulario con fines educativos y que la institución lo requiera, conforme a la normativa de protección de datos vigente, Ley 25.326 de Protección de Datos Personales de la República Argentina.

Firma:

Aclaración:

DNI:

A los días _____ del mes de _____ de año 20__.