



TALÓN DE CONTROL INTERNO

N° DE INSCRIPCIÓN: **N° DE LEGAJO:** **N° DE MATRIZ:** **N° DE FOLIO:**

N° DE CURSO: **RESOLUCIÓN N°:** **Código de Curso/Trayecto:**

Si corresponde Inscripción parcial, detalle en cuáles módulos:

CHEQUEO		
DNI X 2	Alta rápida	
Antitetánica	Alta completa	
Certif. de Estudios	SISGE	

ARTICULACIÓN	INSTITUCIÓN
Educación Especial	
Práctica Profesionalizante	
Otra:	

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CICLO LECTIVO 2025 – CUATRIMESTRE: 1° 2°

FECHA: / / 20 **¿Es exestudiante? SI: NO:...**

CURSO: : **HORARIO:** **TURNO:** ...

DATOS DE ESTUDIANTE

Apellido/s: **Nombre/s:**

Sobrenombre (indicar si desea nombrarse de otra manera):

Tipo de documento: N°: Posee: ... En trámite: ... Debe renovar: No posee:

Sexo según DNI: Femenino: Masculino: **Identidad de género:** Hombre: Mujer: Otro:

Fecha de Nacimiento: / / Edad: Nacionalidad:.....

Lugar de Nacimiento: Ciudad: Provincia: País:

Domicilio: Calle:.....N°: Piso:...Torre: Dpto: Mz: . Casa:

Entre calles:y

Localidad: Distrito:.....Provincia: Código Postal:

Teléfono de línea: Teléfono celular donde recibirá información del CFP:

Correo electrónico donde recibirá información del CFP:

AGENDE EL CELULAR Y CORREO DEL CFP: 113896-6117; estudiantes@castelmonte.edu.ar

En caso de emergencia comunicarse con: (Apellido y nombre)

Teléfono/s: **Vínculo:**

Ubicación de su vivienda: Zona Rural:..... Zona Urbana:Contexto de encierro:

¿Cuántas personas viven en su hogar? Cantidad de adultos/os: Cantidad de niñas/os:

¿Tiene hijos/as a cargo? Si: ... NO:¿Cuántos?

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento

A pie /Bicicleta Colectivo Tren Vehículo particular Taxi/Remis Otro

Redes sociales que utiliza

Facebook Instagram Tik-Tok Twitter WhatsApp You Tube Snapchat

¿Tiene algún tipo de discapacidad? Sí: NO:

En caso afirmativo indicar de qué tipo: Visual: Auditiva: Motora: Mental: Visceral:

Selecciones los programas que percibe

PRO.GRE.SAR AUH SUBE SUMAR Potenciar joven Otros (detallar)

Selecciones las prestaciones que percibe

Jubilación Otra prestación del estado Pensión no contributiva Pensión Programa social

Trayectoria Educativa

NIVEL/MODALIDAD	COMPLETO	INCOMPLETO	EN CURSO
Primario			
EGB			
Polimodal			
Secundario			
Terciario			
Universitario			
Posgrado			

Orientación de la educación secundaria:

Bachiller:.....

Educación técnica: ...

Educación agraria: ...

Fines: ... Otro:

En caso de tener el nivel secundario incompleto, ¿quisiera terminarlo?

Si: ... No:



Información laboral:

¿Trabaja actualmente? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es su ocupación?

Lugar de trabajo: Desde: Hasta:

Cuál es el tipo de contratación laboral? Relación de dependencia Trabajador por cuenta propia/independiente

Pasantía laboral Profesional autónomo Propietario de comercio-pyme

¿Busca trabajo? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace que busca trabajo?

Menos de 3 meses Entre 3 y 6 meses Entre 6 meses y 1 año Más de 1 año

Salud: ¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud?

<input type="checkbox"/> Asma / Broncoespasmos a repetición	<input type="checkbox"/> Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/> Quemaduras moderadas o severas
<input type="checkbox"/> Celiaquía	<input type="checkbox"/> Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/> Problemas de piel
<input type="checkbox"/> Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/> Alergias graves
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/> ¿Fue internada/o alguna vez?
<input type="checkbox"/> Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/> ¿Fue operada/o alguna vez?
<input type="checkbox"/> Convulsiones		<input type="checkbox"/> ¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación?
<input type="checkbox"/> Alteraciones sanguíneas		Si lo desea puede detallar:

¿Hay algún otro tema médico/de salud que desee informar?

RESTRICCIONES JUDICIALES (A completar solo en caso de menores de edad)

Responsable del/la estudiante: Apellido: Nombre: DNI:

Restricción:

Documento judicial recepcionado: Vigencia de la medida:

EXPECTATIVAS

¿Cuál es la principal razón por la que se inscribió en este curso/trayecto (elija solo una respuesta):

Conseguir o cambiar de trabajo: Obtener un certificado-título: Ocupar mi tiempo libre:
 Mejorar y actualizar mis conocimientos: Tener un oficio para trabajar independiente:

El curso o trayecto en el que se inscribió, ¿está vinculado con su trabajo actual? Si: ... No:

¿Considera que el curso o trayecto que va a realizar le permitirá cambiar su condición laboral? (conseguir un trabajo, lograr un ascenso, etc.) Si: ... NO:

¿Cómo supone que será el nivel de contenidos que se recibirá en el curso?
 Muy bueno: Bueno: Regular: No sabe:

¿Cómo imagina que será la experiencia de formación con los/as docentes y compañeros/as?
 Muy buena: Buena: Regular: No sabe:

Defina en una palabra lo que espera de este curso:

¿De qué manera accedió a la información sobre la inscripción a este curso?

Recomendación de amigo-familiar: Cercanía a la institución: Sitio web: Folletos:

Publicaciones en redes sociales: Instagram: Facebook: Twitter: ... Otros:

¿Encontró en el establecimiento el curso en el que le interesaba inscribirse? Si: ... NO:

¿Cuál era el curso que le interesaba?

¿Encontró en el CFP otras ofertas de cursos de su interés? Si: ... NO: ¿Cuál/es?

¿Realizó otro/s cursos o trayectos formativos? Si: ... NO: ¿Cuál/es?

¿En este establecimiento? Si: ... NO: ¿Finalizó el/los curso/os? Si: ... NO:

¿Nos autoriza a enviarle información y /o novedades de nuestro CFP? SI NO

FAMILIAR / TUTOR: (Completar sólo los menores de 18 años)

Parentesco: Madre: Padre: Tutor / Responsable: OTROS:

Apellido y Nombres: Tipo de Doc.:..... N°:

Domicilio: (Solo si fuera distinta a la del alumno): Calle:.....N°: Piso:.... Dpto:....
 Manzana: Casa: Localidad: Código Postal: Teléfono/s:

¿Autoriza a la/el estudiante a retirarse en caso de ausencia del docente u otra circunstancia que se produzca en el establecimiento? SI..... NO....

.....
FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

EMERGENCIA MÉDICA Y BIOSEGURIDAD

¿Autoriza al CFP a llamar a la EMERGENCIA MEDICA en caso de que la necesitara? SI: NO:
 Si es menor de 18 años deberá firmar su padre/ madre o tutor.

.....
FIRMA DE ESTUDIANTE

.....
FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

La totalidad de los datos e información suministrada por quien / es suscriben la presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los abajo firmantes se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente. Firmamos con conformidad la normativa del Centro y el compromiso del alumno.

.....
FIRMA DE ESTUDIANTE

.....
FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR

.....
ACLARACION

.....
TIPO Y N° DE DOC. DEL FLIAR.