



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	
Certif. de Estudios		SISGE	
Folio			

ARTICULACIÓN	INSTITUCIÓN
Educación Especial	
Práctica Profesionalizante	
Otra:	

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CICLO LECTIVO 2026 – 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](mailto: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 adultas/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: ..... ¿Posee certificado de discapacidad? SI.... NO ....

En caso afirmativo, indicar qué tipo de discapacidad: 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? ☐ Si ☐ 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? ☐ Si ☐ 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"/> Celiacúa	<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 (elijá 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.

