TALÓN DE CONTROL INTERNO

Nº DE INSCRIPCIÓN: …… N° DE LEGAJO: …….. N° DE MATRIZ: …….. N° CURSO: ……..

CHEQUEO			
DNI X 2		Alta rápida	
Certif. de Estudios		SISGE	
Folio			

ARTICULACIÓN	INSTITUCIÓN
Educación Especial	
Práctica Profesionalizante	
CENS	
OTRA	

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CICLO LECTIVO 2027 – CUATRIMESTRE: 1° ….. 2° ……..

FECHA: ….. / ….. / 2027 **¿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: ……. Nº: ..... 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:.....Nº: ..... 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 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

RESTRICCIONES JUDICIALES (A completar solo en caso de menores de edad) Tiene restricciones judiciales? SI….. NO …..
Responsable del/la estudiante: Apellido: ……Nombre: …….. DNI: …….
Restricción: ……
Documento judicial recepcionado: …….. Vigencia de la medida: ……..

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: ….

Lengua extranjera:
¿Se habla otra lengua en el hogar? SI …. NO……¿Lengua extranjera? ….. SI: ….. NO: …..¿Lengua indígena? SI….NO: ….
Se reconoce perteneciente o descendiente de pueblos originarios? 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

¿Tiene algún tipo de discapacidad? SÍ: ….. NO: ….. ¿Posee certificado de discapacidad (CUD) ? SI…. NO ….
En caso afirmativo, indicar tipo de discapacidad: Visual: ….. Auditiva: ….. Mental: ….. Visceral: ….. Cognitiva: …..
Habla y lenguaje: …… Psíquica: ….. Postura y motricidad operativa: ….. Postura y desplazamiento (motora): …..

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

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

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

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.:..... Nº: .....

Domicilio: (Solo si fuera distinta a la del alumno): Calle:.....Nº: ..... 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 º DE DOC. DEL FLIAR.