



Nivel Inicial
Primario

ESCUELA ARGENTINA (A-693)

"HACIA ELEVADAS METAS POR CAMINOS
INNOVADORES"

Bachillerato con Cap. Laboral
Aux. Comunic. Social
Aux. Informática
Aux. Adm. Contable

MATRÍCULA

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDO:.....

(Completo, según la partida de nacimiento)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD: DNI:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

CURSO EN EL QUE SE INSCRIBE: TURNO:

ESTABLECIMIENTO DEL QUE PROCEDE:

INDIQUE EN QUE GRADO/S O AÑO/S TIENE HERMANOS EN ESTA ESCUELA:

.....

OBRA SOCIAL O PLAN MÉDICO:

ALERGIAS:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

OBSERVACIONES:

DATOS DEL PADRE

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:

DOMICILIO: C.P.:

TELÉFONO: CELULAR:

DIRECCIÓN DE MAIL:

PROFESIÓN U OCUPACIÓN:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE TRABAJA:

.....

CARGO O JERARQUÍA:

DOMICILIO LABORAL: TELÉFONO:

DATOS DE LA MADRE

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:

DOMICILIO: C.P.:

TELÉFONO: CELULAR:

DIRECCIÓN DE MAIL:

PROFESIÓN U OCUPACIÓN:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE TRABAJA:

.....

CARGO O JERARQUÍA:

DOMICILIO LABORAL: TELÉFONO:

Es responsabilidad de los Señores Padres señalar impedimentos físicos justificados médicamente:

.....

.....

FIRMA DEL PADRE:

ACLARACIÓN:

DNI:.....

FIRMA DE LA MADRE:

ACLARACIÓN:

DNI:.....

FECHA DE INSCRIPCIÓN:.....

Sede Central
Giribone 863
C1427CAE - Cap. Fed.
Telefax.: 4553-3904

Anexo
Virrey Avilés 3330/40
1426 - Cap. Fed.
Tel: 4552-0520