



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