



ESCUELA ARGENTINA (A-693)

"HACIA ELEVADAS METAS POR CAMINOS
INNOVADORES"

MATRÍCULA

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDO Y NOMBRE: _____

(Completos, según la partida de nacimiento)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____ DNI: _____

DOMICILIO: _____

BARRIO: _____ COMUNA: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: _____

SALA EN LA QUE SE INSCRIBE: _____

ESTABLECIMIENTO DEL QUE PROCEDE: _____

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

ALERGIAS: _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: _____

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL PADRE/MADRE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

CELULAR: _____

DIRECCIÓN DE MAIL: _____

PROFESIÓN U OCUPACIÓN: _____

DATOS DEL PADRE/MADRE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____ C.P.: _____

CELULAR: _____

DIRECCIÓN DE MAIL: _____

PROFESIÓN U OCUPACIÓN: _____

Es responsabilidad de las familias señalar impedimentos físicos justificados médicamente:

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____

ACLARACIÓN: _____

DNI: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____

ACLARACIÓN: _____

DNI: _____

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____