SOLICITUD DE PRE-INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO **2027**
FORMACIÓN DOCENTE INICIAL.
EDUCACIÓN SUPERIOR ISFD 102

N° _____
(A completar por el establecimiento)

PROFESORADO DE:.....

DATOS ESTUDIANTE

Apellido/s: Nombre/s:

Fecha de Nacimiento: / /

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite

☐ SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite ☐ NO posee DNI argentino Si

respondió SI, indique número de DNI argentino: CUIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: N°: ☐ NO

Identidad de género: ☐ Mujer ☐ Mujer trans / travesti ☐ Varón ☐ Varón trans / masculinidad trans

☐ No binario ☐ Otra ☐ No desea responder

Lugar de nacimiento: ☐ En Argentina ☐ En el extranjero Nacionalidad: Solo

para quienes marcaron Argentina: Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar):

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito: Localidad:

DOMICILIO Calle: N°: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Correo electrónico:

OTROS DATOS

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s: ☐ SI ☐ NO Otra/s lengua/s: ☐ SI ☐ NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? ☐ SI ☐ NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

☐ A pie/Bicicleta ☐ Colectivo ☐ Tren ☐ Vehículo particular ☐ Taxi/Remis ☐ Otro

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:

☐ Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico ☐ Auditiva: Sorda / Sordo ☐ Intelectual ☐ Motora

☐ Trastornos Emocionales Severos ☐ Neuromotora ☐ Sordoceguera ☐ Múltiple

☐ Trastornos Específicos del Lenguaje ☐ Visual: Ciega / Ciego ☐ Visual: Disminuida / Disminuido visual

¿Posee Certificado Único de Discapacidad? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente? ☐ SI ☐ NO

¿Requiere adecuaciones para acceder al curso? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles?

PEGAR FOTOCOPIA DE DNI
FRENTE

PEGAR FOTOCOPIA DE DNI
REVERSO

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Posee obra social? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo: Obra social:_____ N° Afiliado:_____

PEGAR FOTOCOPIA DE CARNET
FRENTE

PEGAR FOTOCOPIA DE CARNET
REVERSO

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	☐	☐	Falta o no funcionamiento de algún órgano	☐	☐
Celiaquía	☐	☐	Enfermedad oncohematológica	☐	☐
Problemas / Condiciones cardíacas	☐	☐	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	☐	☐
Presión arterial elevada	☐	☐	Otro problema en los huesos o articulaciones	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	☐	☐
Alteraciones sanguíneas	☐	☐			
Quemaduras moderadas o severas	☐	☐	Problemas de piel	☐	☐

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	☐	☐	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	☐	☐
Dolor fuerte en el pecho	☐	☐	Palpitaciones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	☐	☐

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	☐	☐		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	☐	☐		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? SI NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Picaduras de Insectos	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Vacunas	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	☐	☐	☐ SI ☐ NO
Alimentos	☐	☐	☐ SI ☐ NO	Otras	☐	☐	☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: **LOMAS DE ZAMORA** Sector de gestión: [x] Estatal [ ] Privado

Nombre Instituto: **INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE** **N°: 102**

A completar por el Instituto: ISFD102 Clave provincial:**0062IS00102** CUE:**061076800**

INSCRIPCIÓN

Se inscribe en el Profesorado de:

ESTUDIOS CURSADOS

Título Secundario que posee

[ ] Bachiller en Educación Común [ ] Bachiller en Educación Artística

[ ] Educación Técnica/ Educación Agraria [ ] CENS / FinEs / CEBAS

Institución que emitió el título.....

.....

Otros estudios superiores realizados:

Carrera: Completa: [ ] SI [ ] NO

Carrera: Completa: [ ] SI [ ] NO

Carrera: Completa: [ ] SI [ ] NO

DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE

Apellido/s: Nombre/s:

Teléfono: (cód. área:) Teléfono celular: (cód. área:)

Vínculo con estudiante:

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: N° de Matriz: N° de Folio:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director: