



FICHA DE INSCRIPCIÓN CICLO LECTIVO 2025

DATOS PERSONALES DEL/LA ASPIRANTE	APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO:	
	DNI:	CUIL:
	FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	EDAD:
	LUGAR DE NACIMIENTO (Localidad/Provincia):	
	DOMICILIO:	LOCALIDAD:
	CORREO ELECTRÓNICO:	
	CELULAR:	TELÉFONO:
	ESTUDIOS CURSADOS:	INSTITUCIÓN:
	ASPIRANTE CON CUD (Certificado Único de Discapacidad): SI - NO	
	DIAGNÓSTICO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:	
DATOS DE SALUD	¿REALIZA ALGÚN TRATAMIENTO? : SI - NO	¿CUÁL?:
	¿TOMA MEDICACIÓN?: SI - NO	¿CUÁL?:
	ALERGIAS: SI - NO	¿CUÁL/CUÁLES?:
	EN CASO DE ESTAR EN TRATAMIENTO, DEBE ADJUNTAR INFORME CON FIRMA DEL PROFESIONAL CORRESPONDIENTE	
DATOS DE REFERENTE RESPONSABLE	APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO:	
	DNI:	FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
	OCUPACIÓN:	TELÉFONO:
	PARENTESCO/VÍNCULO:	
	OTRO CONTACTO DE REFERENCIA:	

TODOS LOS DATOS ESCRITOS EN ESTA FICHA TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

FIRMA DEL PADRE/MADRE/REFERENTE DEL ASPIRANTE: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_