

### 1- DATOS PERSONALES

Completar los datos con letra clara de imprenta

Apellidos\*

Nombres\*

\* como figura en el documento

Tipo de Documento

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> D.N.I.                         | <input type="checkbox"/> Otro documento extranjero |
| <input type="checkbox"/> Cedula Mercosur                | <input type="checkbox"/> No posee                  |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte extranjero           | <input type="checkbox"/> En tramite                |
| <input type="checkbox"/> Cedula de identidad extranjera |  |

Numero de documento y/ o pasaporte:

numero de C.U.I.L.:


Fecha de Nacimiento:


Nacionalidad: \_\_\_\_\_/

Pais de Nacimiento: \_\_\_\_\_/

Provincia de Nacimiento: \_\_\_\_\_/

Localidad de Nacimiento: \_\_\_\_\_/

Sexo                      Masculino                          Femenino   

### 2- DOMICILIO

Pais: \_\_\_\_\_/

Provincia: \_\_\_\_\_/

Localidad: \_\_\_\_\_/

Calle: \_\_\_\_\_/

Numero: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_/

Referencia: \_\_\_\_\_/

Codigo Postal: \_\_\_\_\_/

Cod.Area Telefono: \_\_\_\_\_/

Nro. Telefono: \_\_\_\_\_/

E-Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_/

(Completar los campos con letra clara)

### 4- PLANES Y SERVICIOS

¿Utiliza transporte escolar?

- |   |    |                          |
|---|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si, Fianciado por Educacion (BEGU) | No | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Si, Fianciado por otro organismo   |    |                          |

¿Es beneficiario de servicio alimentario Escolar

- |                             |    |                          |
|-----------------------------|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | No | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|----|--------------------------|

¿Cuál?

- |  |          |                          |
|--|----------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desayuno/ merienda completa | Desayuno | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Comedor Simple              | Almuerzo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cena                        | Merienda | <input type="checkbox"/> |

¿El menor y/o sus padres/ tutores son beneficiarios de algun Plan Social?

- |                             |    |                          |
|-----------------------------|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | No | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|----|--------------------------|

¿Cuál?

- |   |                  |                          |
|---|------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asignacion por Embarazo        | Madre de 7 Hijos | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad/Pension Graciable | Ellas Hacen      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asignacion Universal por hijos | Becas Progresar  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pension por discapacidad       |                  |                          |

### 3- DATOS COMPLEMENTARIOS

\* **DISCAPACIDAD (completar solo si corresponde)**

Tipo de discapacidad

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ceguera       | <input type="checkbox"/> Hipoacucia                      |
| <input type="checkbox"/> Sordera       | <input type="checkbox"/> Neuromotora                     |
| <input type="checkbox"/> Motora pura   | <input type="checkbox"/> Transtorno del Espectro Autista |
| <input type="checkbox"/> Intelectual   | <input type="checkbox"/> Disminucion Visual              |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____/ |  |

¿Tiene docente integrador o de apoyo que lo acompañe?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Si, del sector estatal |
| <input type="checkbox"/> Si, del sector Privado |
| <input type="checkbox"/> No.                    |

\* **INTERCULTURALIDAD**

¿Se considera indigena o perteneciente a una comunidad indigena o habla una lengua indigena?

Cual: \_\_\_\_\_/

\* **REGIMEN ESPECIAL**

Si se encuentra privado de la libertad o en regimen semi-abierto, escriba cual es el nombre del centro de donde proviene

\_\_\_\_\_/

\* **DATOS DEL PADRE, TUTOR O ENCARGADO**

¿Cuál es el maximo nivel educativo alcanzado por la madre, padre o tutor?

- |  |                     |                          |
|--|---------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin instrucción                 | No Sabe             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Primaria/EGB Completa           | Superior Completo   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Primaria/EGB Incompleta         | Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Secundaria/Polimodal Completa   |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Secundaria/Polimodal Incompleta |                     |                          |

\* **DATOS DEL MADRE, TUTOR O ENCARGADO**

¿Cuál es el maximo nivel educativo alcanzado por la madre, padre o tutor?

- |  |                     |                          |
|--|---------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin instrucción                 | No Sabe             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Primaria/EGB Completa           | Superior Completo   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Primaria/EGB Incompleta         | Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Secundaria/Polimodal Completa   |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Secundaria/Polimodal Incompleta |                     |                          |

### 5- DATOS DE CRECIMIENTO (Res. 1154-E-18)

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Talla: \_\_\_\_\_ cm

Fecha de medicion (periodo Común) 03/05/21 al 29/05/21

Fecha de Carga (periodo Común) 08/06/21 al 29/06/21

Fecha de medicion (periodo Especial) 06/10/21 al 29/10/21

Fecha de Carga (periodo Especial) 03/11/21 al 27/11/21