

ARTÍCULO 7 (Ley 24521)

PLANILLA DE PRE INSCRIPCIÓN AÑO 2025

Código de Alumno: _____
(No completar)

cent 35
PROF. JULIÁN JOSÉ GODOY

**Foto carnet
4x4
color**

*** CARRERA**

* Estos campos se deben completar obligatoriamente.

TURNO

MAÑANA

TARDE

VESPERTINO

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

DATOS PERSONALES:

*Apellido/s Completo: _____
*Nombre/s Completo: _____
*Domicilio: _____
*Documento de Identidad: Tipo: _____ N° _____ Celular/T.E. N° (.....) _____
*Fecha Nacimiento: _____ * Localid. de Nac. _____
Prov.de Nac.: _____ *País: _____
*E-mail: _____

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

Copia legalizada del Documento de Identidad (en su defecto original y copia para autenticar)

Foto carnet 4 x 4 color - 01 (una)

Carpeta colgante plástica y folio, ambos oficio - 01 (una)

En el presente acto me notifico que la inscripción quedará en firme una vez que haya cumplimentado la acreditación de los exámenes que exigen el Art. 7° (Según Ley 24.521).

Río Grande:

Firma del Interesado

Ha sido Inscripto por: _____ (Firma y Aclaración)



LEER

Sr./Sra.:

Por la presente se le notifica que la inscripción quedará en firme una vez que haya cumplimentado la acreditación de los exámenes exigidos por el Art. 7° (según Ley 24.521)

EL RECTORADO

INFORMACIÓN

www.facebook.com/centtreintaycinco

www.cent35.edu.ar

FICHA DE SALUD

La presente tiene carácter de Declaración Jurada. Mantener la actualización de la información es responsabilidad del firmante.

APELLIDO Y NOMBRES

DNI

Posee Cobertura Social?

SI

NO

En caso afirmativo, indique de que tipo:

Obra Social (denominación)
Servicio de Emergencia (en caso de no poseer dejar en blanco).....

En caso de poseer expedido el C.U.D. indicar N°

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? (presentar al inicio de Ciclo Lectivo Certificado Médico actualizado)

Enfermedades cardiacas Asma Diabetes
Alergias Hipertensión Convulsiones (*) Otro

MANIFIESTA LO SIGUIENTE:

Patología auditiva o visual (especifique).....

Requiere Intérprete de Lengua de Señas Argentina: SI NO

Persona con Movilidad Reducida (especifique tipo y carácter, temporario o permanente).....

Requiere accesibilidad por uso de silla de ruedas u otro medio mecánico de asistencia: SI NO

ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO

(*) En caso de convulsiones especificar medicamento en uso.

Especifique

OTRA INDICACIÓN QUE LE PAREZCA IMPORTANTE SEÑALAR

Ej. desmayos, tratamientos médicos prolongados, embarazo, etc.

NOMBRE Y APELLIDO, RELACIÓN Y TELÉFONO DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIAS

FIRMA

ACLARACIÓN

LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA



INFORMACIÓN

www.facebook.com/centtreintaycinco

www.cent35.edu.ar