 

**St. Francis English College**

INSTITUTO DE INGLÉS CON AULAS MULTIMEDIA AVALADO POR SEA.

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO Y NOMBRE/S DE ALUMNO/A:

…………………………………………………………………….....

D.N.I.: ………………………… FECHA DE NAC:…/……/…….. EDAD: …

DIRECCIÓN……………………………………………………………………

TELÉFONO FIJO: ………………… TELÉFONO MOVIL:…………………..

CORREO ELECTRÓNICO:……………………………………………………

ESCUELA DE LA QUE PROVIENE………………………………………

GRADO/AÑO QUE CURSARÁ EN 2020………………….

ESTUDIOS SECUNDARIOS…………………………… TERCIARIOS…………………………..

UNIVERSITARIOS…………………………………………

SI POSEÉ NIVEL DE INGLÉS INDIQUE EN QUÉ INSTITUTO DESARROLLÓ SUS ESTUDIOS PREVIOS Y QUÉ NIVEL ACREDITA:…………………………………………………………….

TURNO HORARIO ESCOLAR 2020 MAÑANA TARDE

FRANJA HORARIA PREFERENCIAL: 8:00-11:00 14:00-17:00 17:00-20:00

OBSERVACIONES:……………………………………………………………………………………..

LA PRIMERA CUOTA DEL AÑO DEBERÁ SER ABONADA DEL 3/2/20 AL 9/3/20. EN ESE MOMENTO LE INFORMAREMOS AL ALUMNO EL HORARIO QUE SE LE HA ASIGNADO PARA CURSAR DENTRO DE LA INSTITUCIÓN HABIENDO SIDO CONSIDERADAS SUS PREFERENCIAS ANTERIORMENTE PLANTEADAS.

DIRECTORA MICAELA REGINA VEIGA

PROFESORA DE INGLÉS YMIEMBRO DE SEA.

FIRMA Y ACLARACION EN CONFORMIDAD



**St. Francis English College**

INSTITUTO DE INGLÉS CON AULAS MULTIMEDIA AVALADO POR SEA.



**ALUMNO**

APELLIDO Y NOMBRE:………………………………………………………

FECHA DE NACIMIENTO:…../….../….. SEXO:……………………………………..

TIPO Y N° DOCUMENTO:……………………………………………………………...

DOMICILIO:…………………………………………………. N°………………………

TEL:.................................................. CEL:………………………………………………

E-MAIL:………………………………………………………………………………….

OBRA SOCIAL:………………………………………………………………………….

**FICHA MÉDICA**

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

GRUPO SANGUINEO:………………………………………………………………….……...

 DBT:…………………….…..DLP:…………………………HTA:…………………………….

 ENF. CARDIACAS:………………………………CONVULCIONES…………………….......

 HEMIAS:………………………… VÉRTIGOS O MAREOS:………………………………....

 DOLORES DE CABEZA SEVEROS O MIGRAÑA:…………………………………………..

 PROBLEMAS EMOCIONALES:……………………………………………………………….

 PROBLEMAS AUDITIVOS:……………………………………………………………………

 PROBLEMAS VISUALES:………………………………………………………………….......

 ALERGIAS:……………… ESPECIFICAR:……………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………....

 OTRAS ENFERMEDADES:…………. ESPECIFICAR:……………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………...…..

 …………………………………………………………………………………………………….

 OBSERVACIONES:…………………………………………………………………………...…

 …………………………………………………………………………………………………..…

 ……………………………………………………………………………………………………..

 MEDICACIÓN…………………………………………………………………………………….

**RESPONSABLE/S EN RETIRARLO:**

NOMBRE Y APELLIDO………………………………………………………………….. PARENTESCO:……………………………………………

TEL:……………………………………………………………….................DNI………………………………………………………………………………

NOMBRE Y APELLIDO……………………………………………………… ……………..PARENTESCO:………………………………………….

TEL:………………………………………………………………..................DNI…………………………………………………………………………….

NOMBRE Y APELLIDO………………………………………………………………….…..PARENTESCO:………………………………………….

TEL:………………………………………………………………..................DNI…………………………………………………………………………….

 FIRMA DE PADRE, MADRE TUTOR O RESPONSABLE