



**TALÓN DE CONTROL INTERNO**

**N° DE INSCRIPCIÓN:** ..... **N° DE LEGAJO:** ..... **N° DE MATRIZ:** ..... **N° DE FOLIO:** .....

**N° DE CURSO:** ..... **RESOLUCIÓN N°:** ..... **Código de Curso/Trayecto:** .....

Si corresponde Inscripción parcial, detalle en cuáles módulos: .....

CHEQUEO		
DNI X 2	Alta rápida	
Antitetánica	Alta completa	
Certif. de Estudios	SISGE	

ARTICULACIÓN	INSTITUCIÓN
Educación Especial	
Práctica Profesionalizante	
Otra:	

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CICLO LECTIVO 2025 – CUATRIMESTRE: 1° ..... 2° .....**

**FECHA:** ..... / ..... / 20 ..... **¿Es exestudiante? SI: ..... NO:...**

**CURSO:** : ..... **HORARIO:** ..... **TURNO:** ...

**DATOS DE ESTUDIANTE**

**Apellido/s:** ..... **Nombre/s:** .....

Sobrenombre (indicar si desea nombrarse de otra manera): .....

Tipo de documento: ..... N°: ..... Posee: ... En trámite: ... Debe renovar: ..... No posee: .....

Sexo según DNI: Femenino: ..... Masculino: ..... **Identidad de género:** Hombre: .... Mujer: ..... Otro: .....

Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad: ..... Nacionalidad:.....

Lugar de Nacimiento: Ciudad: ..... Provincia: ..... País: .....

Domicilio: Calle:.....N°: ..... Piso:...Torre: ..... Dpto: ..... Mz: . Casa: ....

Entre calles: .....y .....

Localidad: ..... Distrito:.....Provincia: ..... Código Postal: .....

Teléfono de línea: ..... Teléfono celular donde recibirá información del CFP: .....

Correo electrónico donde recibirá información del CFP: .....

**AGENDE EL CELULAR Y CORREO DEL CFP: 113896-6117; [estudiantes@castelmonte.edu.ar](mailto:estudiantes@castelmonte.edu.ar)**

**En caso de emergencia comunicarse con: (Apellido y nombre) .....**

**Teléfono/s:** ..... **Vínculo:** .....

Ubicación de su vivienda: Zona Rural:..... Zona Urbana: .....Contexto de encierro: .....

¿Cuántas personas viven en su hogar? ..... Cantidad de adultos/os: ..... Cantidad de niñas/os: .....

¿Tiene hijos/as a cargo? Si: ... NO: .....¿Cuántos? .....

**Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento**

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

**Redes sociales que utiliza**

Facebook  Instagram  Tik-Tok  Twitter  WhatsApp  You Tube  Snapchat

**¿Tiene algún tipo de discapacidad? Sí: ..... NO: .....**

En caso afirmativo indicar de qué tipo: Visual: ..... Auditiva: ..... Motora: ..... Mental: ..... Visceral: .....

**Selecciones los programas que percibe**

PRO.GRE.SAR  AUH  SUBE  SUMAR  Potenciar joven  Otros (detallar)

**Selecciones las prestaciones que percibe**

Jubilación  Otra prestación del estado  Pensión no contributiva  Pensión  Programa social

**Trayectoria Educativa**

NIVEL/MODALIDAD	COMPLETO	INCOMPLETO	EN CURSO
Primario			
EGB			
Polimodal			
Secundario			
Terciario			
Universitario			
Posgrado			

**Orientación de la educación secundaria:**

Bachiller:.....

Educación técnica: ...

Educación agraria: ...

Fines: ... Otro: .....

**En caso de tener el nivel secundario incompleto, ¿quisiera terminarlo?**

Si: ... No: .....



**Información laboral:**

¿Trabaja actualmente?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es su ocupación? .....

Lugar de trabajo: ..... Desde: ..... Hasta: .....

Cuál es el tipo de contratación laboral?  Relación de dependencia  Trabajador por cuenta propia/independiente

Pasantía laboral  Profesional autónomo  Propietario de comercio-pyme

¿Busca trabajo?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace que busca trabajo?

Menos de 3 meses  Entre 3 y 6 meses  Entre 6 meses y 1 año  Más de 1 año

**Salud: ¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma / Broncoespasmos a repetición | <input type="checkbox"/> Falta o no funcionamiento de algún órgano                                      | <input type="checkbox"/> Quemaduras moderadas o severas  |
| <input type="checkbox"/> Celiaquía                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad oncohematológica  | <input type="checkbox"/> Problemas de piel   |
| <input type="checkbox"/> Problemas / Condiciones cardíacas  | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos              | <input type="checkbox"/> Alergias graves   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas                          | <input type="checkbox"/> ¿Fue internada/o alguna vez?  |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada           | <input type="checkbox"/> Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación | <input type="checkbox"/> ¿Fue operada/o alguna vez?  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                       |   | <input type="checkbox"/> ¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación?<br>Si lo desea puede detallar: ..... |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones sanguíneas            |   |  |

¿Hay algún otro tema médico/de salud que desee informar? .....

**RESTRICCIONES JUDICIALES** (A completar solo en caso de menores de edad)

Responsable del/la estudiante: Apellido: ..... Nombre: ..... DNI: .....

Restricción: .....

Documento judicial recepcionado: ..... Vigencia de la medida: .....

**EXPECTATIVAS**

¿Cuál es la principal razón por la que se inscribió en este curso/trayecto (elija solo una respuesta):

Conseguir o cambiar de trabajo: ..... Obtener un certificado-título: ..... Ocupar mi tiempo libre: .....

Mejorar y actualizar mis conocimientos: ..... Tener un oficio para trabajar independiente: .....

El curso o trayecto en el que se inscribió, ¿está vinculado con su trabajo actual? Si: ... No: .....

¿Considera que el curso o trayecto que va a realizar le permitirá cambiar su condición laboral? (conseguir un trabajo, lograr un ascenso, etc.) Si: ... NO: .....

¿Cómo supone que será el nivel de contenidos que se recibirá en el curso?

Muy bueno: .... Bueno: .... Regular: .... No sabe: .....

¿Cómo imagina que será la experiencia de formación con los/as docentes y compañeros/as?

Muy buena: .... Buena: .... Regular: .... No sabe: .....

Defina en una palabra lo que espera de este curso: .....

**¿De qué manera accedió a la información sobre la inscripción a este curso?**

Recomendación de amigo-familiar: ..... Cercanía a la institución: ..... Sitio web: ..... Folletos: .....

Publicaciones en redes sociales: Instagram: .... Facebook: .... Twitter: ... Otros: .....

¿Encontró en el establecimiento el curso en el que le interesaba inscribirse? Si: ... NO: .....

¿Cuál era el curso que le interesaba? .....

¿Encontró en el CFP otras ofertas de cursos de su interés? Si: ... NO: .... ¿Cuál/es? .....

¿Realizó otro/s cursos o trayectos formativos? Si: ... NO: .... ¿Cuál/es? .....

¿En este establecimiento? Si: ... NO: .... ¿Finalizó el/los curso/os? Si: ... NO: .....

¿Nos autoriza a enviarle información y /o novedades de nuestro CFP? SI ..... NO .....

**FAMILIAR / TUTOR: (Completar sólo los menores de 18 años)**

Parentesco: Madre: .... Padre: .... Tutor / Responsable: ..... OTROS: .....

Apellido y Nombres: ..... Tipo de Doc.:..... N°: .....

Domicilio: (Solo si fuera distinta a la del alumno): Calle:.....N°: ..... Piso:.... Dpto:....

Manzana: ..... Casa: ..... Localidad: ..... Código Postal: ..... Teléfono/s: .....

¿Autoriza a la/el estudiante a retirarse en caso de ausencia del docente u otra circunstancia que se produzca en el establecimiento? SI..... NO....

.....  
 FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

**EMERGENCIA MÉDICA Y BIOSEGURIDAD**

¿Autoriza al CFP a llamar a la EMERGENCIA MEDICA en caso de que la necesitara? SI: .... NO: ....

Si es menor de 18 años deberá firmar su padre/ madre o tutor.

.....  
 FIRMA DE ESTUDIANTE

.....  
 FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

La totalidad de los datos e información suministrada por quien / es suscriben la presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los abajo firmantes se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente. Firmamos con conformidad la normativa del Centro y el compromiso del alumno.

.....  
 FIRMA DE ESTUDIANTE

.....  
 FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR

.....  
 ACLARACION

.....  
 TIPO Y N° DE DOC. DEL FLIAR.