

SOLICITUD DE INSCRIPCION – Ciclo Lectivo 20__

FECHA DE INSCRIPCION:

DATOS DE LA INSCRIPCION: Tildar el coro al que se inscribe

CORO INFANTIL JILGUERITOS

☐

CORO INFANTIL GORRIONCITOS

☐

CORO DE NIÑOS SEDE CENTRO

☐

CORO DE NIÑOS SEDE NORTE

☐

DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO: F ☐ M ☐ X ☐

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

LOCALIDAD DE NACIMIENTO:

PAÍS DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

CALLE:

N°

PISO:

DPTO:

MANZANA:

MONOBLOCK:

BARRIO:

LOCALIDAD:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR (del alumno):

E-MAIL (del alumno):

DISCAPACIDAD:

(*) (1) Descripción en página 2

DISCAPACIDAD: (*) NO ☐ SI ☐

TIPO DE DISCAPACIDAD: (*) (1)

POSEE CUD (Certificado Único de Discapacidad): (*) SI ☐ NO ☐

FECHA DE VENCIMIENTO:/...../.....

DATOS DE LA MADRE:

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO: F ☐ M ☐ X ☐

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

CELULAR:

E-MAIL:

OCUPACIÓN:

DATOS DEL PADRE:

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO: F ☐ M ☐ X ☐

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

CELULAR:

E-MAIL:

OCUPACIÓN:

DATOS DEL TUTOR/A: (Sólo en los casos que corresponda, NO COMPLETAR SI HAY PADRE Y MADRE)

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO: F ☐ M ☐ X ☐

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

CELULAR:

E-MAIL:

OCUPACIÓN

El celular de qué adulto acepta que sea incluido en el grupo de padres/madres de whatsapp del coro correspondiente al que se inscribe su hijo/a, en el cual se comunicarán oficialmente las actividades a realizar y como así también los enlaces para las clases online

Madre:

Padre:

Tutor/a:

LOS DATOS DE CONTACTO REVISTEN CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SERÁN UTILIZADOS PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DOCENTES, DIRECTIVOS Y LAS FAMILIAS DE LOS ALUMNOS

(*) Campos obligatorios

(1) TIPOS DE DISCAPACIDAD:

AUDITIVA - HIPOACUSIA

AUDITIVA – SORDERA

MENTAL – INTELECTUAL

MOTORA - MOTORA PURA

MOTORA - NEURO-MOTORA

OTROS - MÁS DE UNA DISCAPACIDAD

OTROS - TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

VISUAL - CEGUERA

VISUAL – DISMINUCIÓN VISUAL

OTROS - DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE

OTROS - DIFICULTADES EN EL LENGUAJE

OTROS - DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN

OTROS - REQUIERE ACCIONES PREVENTIVAS (EST. TEMPRANA)

FIRMA:

.....
FIRMA DE MADRE, PADRE Ó TUTOR

.....
ACLARACIÓN