



## CARRERA

FOBA Canto

## GRUPO

PROFESORADO EN MUSICA,  
ORIENTACIÓN CANTO  
MÚSICA POPULAR

NIVELA: SI  NO

NUMERO DE LEGAJO           /

Jornada: Mañana  Tarde  Vespertino  Fecha de Ingreso:

## DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Nombre:  Apellido:

Fecha de Nacimiento:       Edad:   Identidad de Genero:

Nacionalidad:  Numero de CUIL:   -         -

Localidad:  Provincia:

Telefono Fijo:  Celular:

Calle:  Altura:     Piso:   Dto:

Correo electrónico:

## INFORMACIÓN ACADÉMICA Y LABORAL

Nivel de Formación: Secundario  Terciario  Universitario  Fecha de Egreso:

Institución que Otorga el Título:

Actualmente se desempeña como: Empleado  Independiente  Ninguna

Cargo:  Actividad:

Días y Horarios:

## EMERGENCIA MEDICA

Cobertura Médica: SI  ¿Cuál?  NO

Grupo Sanguíneo:

### Personas a las que hay que avisar en caso de emergencia

Nombre y Apellido:  Telefono:  Parentesco:

¿Autoriza el traslado en caso de Emergencia? SI  NO

¿Tiene preferencia por algún centro medico? SI  ¿Cuál?  NO

Dirección  Telefono

## HISTORIA CLINICA

Celiaquia    
 Cardiopatía    
 Asma    
 Arritmia de corazon    
 Diabetes    
 Epilepsia

¿Es Alérgico?: SI     ¿A Qué? \_\_\_\_\_ NO

¿Presenta alguna enfermedad Crónica?: SI     ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

¿Se encuentra bajo Tratamiento?: SI  NO     ¿Toma alguna Medicación? \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna patología Psicológica?: SI     ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

¿Se encuentra bajo Tratamiento?: SI  NO     ¿Toma alguna Medicación? \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna patología Psiquiátrica?: SI     ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

¿Se encuentra bajo Tratamiento?: SI  NO     ¿Toma alguna Medicación? \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna Discapacidad?: SI     ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

Otros datos que debamos conocer: \_\_\_\_\_

¿Autoriza a su hijo a retirarse solo del establecimiento? (completar solo si el ingresante el menor de edad)    SI  NO

¿Autoriza el registro y uso no comercial en soporte papel, digital o Internet, de fotografías o filmaciones de su hijo en actividades en este Establecimiento?    SI  NO

¿Accede a la participación de las actividades extraprogramáticas, convocadas por las distintas cátedras y por las autoridades, organizadas por la Escuela de Arte?    SI  NO

\_\_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_

PARENTESCO

\_\_\_\_\_

DNI

	ESPACIO CURRICULAR	CONDICIÓN		TURNO
		REG	LIB	
FOBA	Canto	X		
	Trabajo Corporal I	X		
	Foniatría I	X	X	
	Lenguaje Musical I	X		
	Práctica Coral I	X		

### CERTIFICACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Los datos que anteceden revisten carácter de declaración jurada

SELLO EN ORIGINAL  
ESTABLECIMIENTO

\_\_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN  
DEL INTERESADO O RESPONSABLE

0 0 0 0 0 0 0 0

DNI