



CARRERA	GRUPO		SI	NO
FOBA Música		PROF. DE MÚSICA, ORIENTACIÓN EDUCACIÓN MUSICAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		PROF. DE MÚSICA, ORIENTACIÓN INSTRUMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		TECNICATURA EN CAPACITACIÓN INSTRUMENTAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿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 es 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	
NIVEL I	Instrumento I: <input type="text"/>	X	X	
	Lenguaje Musical	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