**Matriculación.doc**

**INSTITUTO PRIVADO ARGENTINO JAPONES EN BUENOS AIRES**

**YATAY 261 - 1184 - BUENOS AIRES - ARGENTINA - T.E. 4983-0056 /72**

***MATRICULA DEL ALUMNO***

***Ciclo Lectivo***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALUMNO** |  |  |
| Apellido y Nombres:………………………………………………..................................................Grado/Sala:…………………División:……… |  | Grado: ...............División:.............. |
| D.N.I. Nº: ..............................................................................Fecha de nacimiento:………………………………………………………………. |  | ........................................................ |
| Lugar de Nacimiento:............................................................................Nacionalidad:……………………………………………………………. |  | Nacionalidad: ................................ |
| Domicilio Calle: .........................................................................Nº:…………….Código Postal:………..Localidad:………………………….. |  | Nº: .................................................. |
| T.E: ......................................................................................E-Mail:……………………………………………………………………………….. |  |  C.P................................................. |
| Obra social: ......................................Nº de afiliado:……………………………………………………Es alérgico a:……………………………. |  | ........................................................ |
| ¿Padece alguna enfermedad?................................................. ¿Cuál?......................................................................................................... |  | ........................................................ |
|  |  | ........................................................ |
| Jornada simple Jornada completa Comedor Vianda  |  | ........................................................ |
|  |  |  |
| **PADRE, TUTOR O FLIAR. A CARGO** | ....................................................... |
| Apellido y nombres:………………………………………………………………. D.N.I. Nº:…………………………Estado Civil………………… |  |  |
| Nacionalidad:…………………………Lugar de nacimiento:………………………………………. Fecha de nacimiento………………………… |  |  |
| Estudios cursados……………………………………………...Profesión:………………………………………………..…………………………… | . | Estado Civil:..................................  |
| Domicilio calle: ..........................................Nº:…………..Código Postal:…………..Localidad:…………………….…………….………………. |  | Lugar de Nac.................................. |
| T.E particular:..............................................T.E. laboral:……………………..E-mail…………………………………………………………..….. |  | ........................................................ |
| Celular: ..................................................... Idioma que se habla en casa: ……………………………………………………………………….. |  | Nº:.................................................. |
|  |  |  |
| **MADRE, TUTORA O FLIAR A CARGO**. |  | Celular:........................................... |
| Apellido y nombres:………………………………………………………………. D.N.I. Nº:………………………… Estado Civil………………… |  | ........................................................ |
|  |  |  |
| Nacionalidad:…………………………Lugar de nacimiento:………………………………………. Fecha de nacimiento………………………… |  |  |
| Estudios cursados……………………………………………...Profesión:………………………………………………..…………………………… | . | Estado Civil:..................................  |
| Domicilio calle: ..........................................Nº:…………..Código Postal:…………..Localidad:…………………….…………….………………. |  | Lugar de Nac.................................. |
| T.E particular:..............................................T.E. laboral:……………………..E-mail…………………………………………………………..….. |  | ........................................................ |
| Celular: ..................................................... Idioma que se habla en casa: ……………………………………………………………………….. |  | Nº:.................................................. |
| Estudios cursados:............................... | Idioma que se habla en casa:......... | **FICHA MEDICA DEL ALUMNO** |
|  |  |
| Grupo sanguíneo: .....................En caso de urgencia avisar a:………………………….T.E.:…………………........................... |  |
| Obra social: ..................................................Nº de afiliado:………………………………..………………………………………… |  |
| Sanatorios para urgencias: ....................................................................................................................................................... |  |
| Medicamentos que **no** deben ser suministrados bajo ninguna circunstancia: ......................................................................... |
| ................................................................................................................................................................................................... |
| Observaciones: ......................................................................................................................................................................... |
|  |
| **HERMANOS QUE CURSAN EN EL INSTITUTO** |
| Nombre completo | Sala/Grado/curso |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Nota:*

* *Los datos consignados en esta ficha son de suma importancia y se les asigna el valor de DECLARACION JURADA.*
* *Recordamos la obligación de informar al colegio siempre que se modifique alguno de estos datos.*

 …………………………………. ……………………………………………. Fecha Firma del padre, madre o tutor