



Instituto "ESPÍRITU SANTO"

Jorge Isaacs 4847 B° Parque Liceo ☎ y Fax 0351 4921988
CP 5019 Córdoba Argentina
e-mail: institutoespiritusanto@yahoo.com.ar

FICHA INDIVIDUAL DE MATRICULA- CICLO LECTIVO 2024

N° LEGAJO:.....

Nivel SECUNDARIO

Apellido y Nombres del Alumno: _____

D.N.I.: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ N°: _____

Barrio: _____ Código postal: _____ Provincia: _____

T.E.: _____ T.E. CEL _____ TE de fiar. : : _____

Apellido y Nombres del Padre: _____

D.N.I.: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ N°: _____

Barrio: _____ Código postal: _____ Provincia: _____

T.E.: _____ T.E. CEL _____ TE de fiar. : : _____

¿Vive aún? _____ E-mail _____

Apellido y Nombres de la Madre: _____

D.N.I.: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ N°: _____

Barrio: _____ Código postal: _____ Provincia: _____

T.E.: _____ T.E. CEL _____ TE de fiar. : : _____

¿Vive aún? _____ E-mail _____

Apellido y Nombres del Tutor: _____

D.N.I.: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ N°: _____

Barrio: _____ Código postal: _____ Provincia: _____

T.E.: _____ T.E. CEL _____ TE de fiar. : : _____

E-mail _____

INFORMACION ADICIONAL

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO									TRABAJA (SI/NO)
	Primario Incompleto	Primario Completo	Secundario Incompleto	Secundario Completo	Terciario Incompleto	Terciario Completo	Universitario Incompleto	Universitario Completo-TÍTULO OBTENIDO	INDICAR LUGAR DE TRABAJO
Padre									
Madre									

• ¿Por qué desean que su hijo/a sea matriculado en este Colegio? _____

• Indique que cantidad de hermanos asisten al Colegio "Espíritu Santo":
 Nivel Inicial _____ Nivel primario: _____ Nivel Secundario: _____

- Medio que utiliza el ALUMNO para llegar y/o salir del colegio _____
- Si en la familia se recibe algún Plan otorgado por el gobierno, indique cual _____

- Si el alumno está bajo tratamiento médico, indique de que tipo: _____

- Si el alumno es alérgico, indique tipo de alergia: _____

- Con quién vive el alumno/a: _____
- Viven juntos los padres del alumno/a: SI NO (tachar lo que no corresponda)
- En el supuesto caso que los padres del alumno/a se encuentren divorciados o separados de hecho, se deberá acompañar copia simple de la sentencia de divorcio o acuerdo judicial donde conste cual de los progenitores ejerce la TENENCIA del menor.
- Esta **matrícula es de renovación anual** y la escuela puede condicionar la inscripción para un nuevo período lectivo en los siguientes casos:
 - Si el padre/madre o tutor no firman los acuerdos de convivencia.
 - Si se produce una falta grave al régimen de convivencia escolar.
 - Si el perfil del alumno no se corresponde con el perfil de alumno que propone la escuela.
 - Si la familia no acuerda la indicación de la escuela frente a la sugerencia de algún tratamiento.
 - Si se adeudan cuotas o matrícula u otros conceptos vinculados al servicio educativo brindado por la institución.
 - Si se producen otros motivos que contradigan los valores sostenidos por la institución en el régimen de convivencia y en su ideario.

*El /la abajo firmante declara/o conocer que **esta matrícula es de renovación anual** y que los datos presentados tienen carácter de declaración jurada.*

Firma y Aclaración del Padre: _____

Firma y Aclaración de la Madre: _____

Firma y Aclaración del Tutor: _____

Córdoba,de.....de 20.....