



SOLICITUD DE
 INSCRIPCIÓN
 FORMACIÓN BÁSICA

CICLO LECTIVO: 202_
 CARRERA:

	FOBA en Teatro Adolescentes		FOBA Teatro		FOBA Maquillaje		FOBA Escenografía		FOBA Iluminación
	FOBA Diseño en Producción de Espectáculos	Marque con una X la carrera seleccionada.							

COMISION: A - B - NO CORRESPONDE

DATOS PERSONALES

Apellido y nombres: Edad: Género:
 DNI: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
 Estado civil:..... Domicilio:..... Nº: Piso: Depto:
 Localidad: Teléfono fijo: Celular:
 Correo electrónico:

ESTUDIOS

Título nivel Secundario: Año de egreso:
 Escuela: Distrito:
 Estudios que cursa actualmente:
 Institución: Nivel:

DATOS LABORALES

Trabaja: Sí No Actividad:
 Horario habitual: Obra social:

Los datos que anteceden revisten carácter de declaración jurada
 Es obligación de los alumnos conocer y respetar el Régimen Académico Institucional

Fecha de solicitud de inscripción: / / 202_

Menores de edad: firma del padre, madre o tutor
 Mayores de edad: firma del alumno

.....

Firma, aclaración y DNI

Documentación que debe presentar en Preceptoría adjuntada a la planilla

- Fotocopia de DNI
- Fotocopia de certificado de estudios (Título Secundario o certificado de alumno regular)
- Planilla de Salud
- Foto 4 x4

.....
 Firma del Preceptor que recibió documentación



FICHA DE SALUD

FECHA: ___/___/___

Por la presente se certifica que
 DNI, se encuentra apto/a para realizar actividad corporal.

¿Tiene alguna discapacidad? SI NO

En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:

- Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico Auditiva: Sorda / Sordo Intelectual Motora
 Múltiple Neuromotora Sordoceguera Trastornos Emocionales Severos
 Trastornos Específicos del Lenguaje Visual: Ciega / Ciego Visual: Disminuida / Disminuido visual

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces? Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? SI NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO	¿Requirió internación?	SI	NO
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? SI NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? SI NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

¿en qué año?

Importante: Si usted contesta de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, se le solicita que presente las certificaciones médicas que avalen esa información. En dicha certificación debe consignar el profesional, que el alumno/a se encuentra apto/a o no para realizar actividad corporal. En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, debe comprometerse a informar a las autoridades de la Institución, acompañando la certificación médica correspondiente.

En caso de emergencia contactar a:

Apellido y Nombre Vínculo

Teléfono Fijo Celular

Apellido y Nombre Vínculo

Teléfono Fijo Celular