

INSTITUTO INMACULADA CONCEPCIÓN

DIRIGIDO POR LAS HNAS. DE NUESTRA SEÑORA DE
LA MERCED DEL DIVINO MAESTRO.

MITRE 658 – QUILMES
TEL: 4253-0228

direccion_primario@inmaculadaquilmes.com.ar



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN – CICLO LECTIVO 2026

EDUCACIÓN PRIMARIO

EL ALUMNO SE INSCRIBE EN: (marque con una cruz lo que corresponda)

CURSO: 1° año ____ 2° año ____ 3° año ____ 4° año ____ 5° año ____ 6° año ____

SECCIÓN: A ____ B ____ C ____ D ____ **TURNO:** Mañana ____ Tarde ____

JORNADA CONTRATURNO (OPCIONAL) NO ____ MEDIA JORNADA ____ JORNADA COMPLETA ____

DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDO/S:.....

NOMBRES:

DNI:.....

SEXO: Masculino ____ Femenino ____

FECHA DE NAC.:..... /..... /..... **LUGAR DE NAC.:**

NACIONALIDAD:.....

DOMICILIO:..... **N°** **TORRE:**..... **PISO:**..... **DPTO:**.....

LOCALIDAD: **C.P.:**.....

TELÉFONO:.....

ESCUELA DE LA QUE PROVIENE:.....

HERMANOS EN ESTE ESTABLECIMIENTO: SI ____ NO ____

APELLIDO Y NOMBRE:.....**NIVEL**.....

CURSO.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....**NIVEL**.....

CURSO.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....**NIVEL**.....

CURSO.....

DATOS FAMILIARES

MADRE O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

APELLIDO/S DE LA MADRE:.....

NOMBRES:.....**DNI:**.....

¿VIVE? SI ____ NO ____ **NACIONALIDAD:**.....

DOMICILIO:..... N°..... TORRE:.....PISO:.....DPTO:

LOCALIDAD:..... C.P.:..... CELULAR:.....

CORREO ELECTRÓNICO:
.....

LUGAR DE TRABAJO: DIRECCIÓN:
.....

LOCALIDAD:..... TELÉFONO:.....

PADRE O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A:

APELLIDO/S DE LA PADRE:.....

NOMBRES:.....DNI:.....

¿VIVE? SI__ NO__ NACIONALIDAD:.....

DOMICILIO:.....N°..... TORRE:.....PISO:..... DPTO:
.....

LOCALIDAD:..... C.P.:..... CELULAR:.....

CORREO ELECTRÓNICO:
.....

PROFESIÓN U OCUPACIÓN:..... CARGO:.....

LUGAR DE TRABAJO: DIRECCIÓN:
.....

LOCALIDAD:..... TELÉFONO:.....

DATOS DEL RESPONSABLE DEL PAGO DE LA CUOTA:

APELLIDO/S:

NOMBRES:.....

PARENTESCO CON EL ALUMNO:.....

NACIONALIDAD:.....

DNI:..... FECHA NAC:..../...../.....

PROFESIÓN/OCUPACIÓN:.....

DOMICILIO: N°..... TORRE:

PISO:..... DPTO:

LOCALIDAD: C.P.: TEL.: CELULAR:
.....

CORREO ELECTRÓNICO:
.....

OTRA PERSONA AUTORIZADA A RETIRAR AL ALUMNO/A DEL ESTABLECIMIENTO:

APELLIDO/S:

NOMBRES:.....

DNI: VÍNCULO/PARENTESCO CON EL ALUMNO:
.....

APELLIDO/S: NOMBRES:
.....

DNI: VÍNCULO/PARENTESCO CON EL ALUMNO:
.....

TELÉFONOS DE URGENCIA: CORRESPONDE A:
..... TELÉFONOS DE URGENCIA:
CORRESPONDE A:

INFORMACIÓN DE SALUD:

OBRA SOCIAL: Nº DE AFILIADO:
.....

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD?
.....

¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS FUE INTERNADO ALGUNA VEZ?
.....

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? ¿A QUÉ?
.....

¿RECIBE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO?

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. EL ABAJO FIRMANTE SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

Contactos: direccion_primario@inmaculadaquilmes.com.ar

cobranzas@inmaculadaquilmes.com.ar

FECHA DE INSCRIPCIÓN:/...../.....

FIRMA DEL PADRE/MADRE:

ACLARACIÓN:

DNI: