



Solicitud de matrícula - NIVEL MEDIO Provincia de Neuquén

ALUMNO

Número de documento		Tipo de documento	
Apellido y Nombres			
Sexo ☐	Estado Civil	Fecha de nacimiento	
Nacionalidad			
Localidad de nacimiento			
Provincia de nacimiento			
Documento extranjero			
Tipo de domicilio			
Barrio			
Calle			Número
Detalle de domicilio			
Teléfono	Loc.		
Código postal	Pcia.		
Tipo de domicilio			
Barrio			
Calle			Número
Detalle de domicilio			
Teléfono	Loc.		
Código postal	Pcia.		

MATRICULACIÓN

Escuela		Turno		Grado		División		Plan	
AÑOS CURSADOS					MATERIAS ADEUDADAS				
Año	Escuela	Año	Escuela	Año	Escuela	Asignatura	Código	Año	Prev/ Equiv Rebus
1°									
2°									
3°									
4°									
5°									
6°									

DOCUMENTACIÓN

☐ Certificado de Septimo	Otorgado por		Provincia	
☐ Certificado de Analítico de estudios	Otorgado por		Responsable	☐ SI ☐ NO
☐ Solicitud de pase	Otorgado por		Provincia	
☐ Certificado de Salud	☐ Fotocopia DNI			
☐ Certificado Laboral				
☐ Constancia de Certificado de Estudio en Trámite				

(*) Sólo para ingresantes a primer año

DECLARACIONES

Declaraciones optativas

En función presentar dificultades físicas o salud, manifiesta impedimento para realizar actividades: Ed. Física

Otras declaraciones que manifiesten impedimentos para la realización normal de actividades escolares.

RECIBO

Recibo de matriculación para el Alumno

Tipo y N° de Doc.		ESCUELA	
Apellidos		Turno	
Recepciono		Curso	
Fecha Recepción		División	
Hora		Nombres	
		Firma del responsable de Recepción	

PADRE	Número de documento			Tipo de documento		
	Apellido y Nombres					
	Sexo	☐	Estado Civil		Fecha de nacimiento	
	Nacionalidad					
	Localidad de nacimiento					
	Provincia de nacimiento					
	Documento extranjero					
	Tipo de domicilio					
	Barrio					
	Calle				Número	
Detalle de domicilio						
Teléfono		Loc.				
Código postal		Pcia.				

MADRE	Número de documento			Tipo de documento		
	Apellido y Nombres					
	Sexo	☐	Estado Civil		Fecha de nacimiento	
	Nacionalidad					
	Localidad de nacimiento					
	Provincia de nacimiento					
	Documento extranjero					
	Tipo de domicilio					
	Barrio					
	Calle				Número	
Detalle de domicilio						
Teléfono		Loc.				
Código postal		Pcia.				

TUTOR	Número de documento			Tipo de documento		
	Apellido y Nombres					
	Sexo	☐	Estado Civil		Fecha de nacimiento	
	Nacionalidad					
	Localidad de nacimiento					
	Provincia de nacimiento					
	Documento extranjero					
	Tipo de domicilio					
	Barrio					
	Calle				Número	
Detalle de domicilio						
Teléfono		Loc.				
Código postal		Pcia.				

FIRMAS			
	Firma del alumno	Firma del responsable	Firma del Director del Establecimiento

RECIBO	Recibo de Matriculación para el Alumno	
	Recepcionó	
	Fecha Recepción	☐ ☐ ☐
	Hora	☐
		Firma del responsable de Recepción



FICHA MEDICA DE APTITUD FISICO-DEPORTIVA

Por la presente consta que el/la alumno/a el día/...../.....
presenta el siguiente estado clínico:

Edad:años. Año y curso:

Nacimiento:/...../..... - Tel.:

Peso actual:.....Kg.
Altura:cm.
Peso ideal:kg.
Tension Arterial:/.....

Examen cardiovascular: F.C.p.m.

Auscultación: normal / anormal

Examen respiratorio: F.R.p.m.

Auscultación: normal / anormal

Abdomen clínicamente: normal / anormal

Estado clínico ortopédico: normal / anormal

Visión clínicamente: normal / anormal

Audición clínicamente: normal / anormal

Observaciones:.....
.....
.....
.....

Para ser marcado por la madre, padre o tutor responsable: (marcar con una "X")

	SI	NO	No Sé
1. Algún familiar del alumno (abuelo, madre, padre, hermano, tío,.....) murió súbitamente antes de los 50 años?			
2. El alumno se desmayó en alguna oportunidad durante los ejercicios o se detuvo por sentirse mareado?			
3. El alumno tiene asma, fiebre de heno o ataques de los durante o al final de un ejercicio?			
4. Alguna vez el alumno fue enyesado o se lesiono alguna articulación?			
5. ¿En alguna oportunidad perdió el conocimiento por un golpe u otra causa?			
6. ¿En alguna oportunidad sufrió un golpe de calor durante un ejercicio u otro momento?			
7. ¿Tiene problemas de columna?			
8. ¿Padece alguna enfermedad coronaria?			
9. ¿Toma periódicamente medicación alguna?			
10. ¿Es alérgico a determinado medicamento o a picaduras de insectos?			
11. ¿Tiene solo uno de los órganos pares? (ojos, oídos, riñones, testículos, ...)			
12. ¿Tiene alguna dificultad psico-motriz?			

Antes de autorizar la práctica deportiva de este paciente es necesaria la interconsulta con:

CARDIOLOGICO	SI/NO	OFTALMOLOGICO	SI/NO
NEUROLOGO	SI/NO	DERMATOLOGO	SI/NO
NEUMONOLOGO	SI/NO	NUTRICIONISTA	SI/NO
ORTOPEDISTA	SI/NO	Otro especialista.....	

El pacientese encuentra clínicamente NO / APTO para practicar:

- ✓ Actividades físicas intensas: SI / NO
- ✓ Deporte sin contacto corporal: SI / NO
- ✓ Deporte con contacto corporal: SI / NO
- ✓ Solo actividades de baja intensidad por problemas

.....
Firma padre/ madre/ tutor responsable

.....
Firma y sello del Médico

Aclaración:



CERTIFICADO BUCODENTAL

NOMBRE Y APELLIDO

DOMICILIO

ESTADO DE SALUD BUCAL

BUENO	
REGULAR	
MALO	

Observaciones:

.....
FIRMA Y SELLO
ODONTÓLOGO

ACTA COMPROMISO

ALUMNO

PADRE, MADRE, O TUTOR

Por la presente se compromete a entregar al inicio de clases el **CERTIFICADO de SEPTIMO GRADO** y toda otra documentación requerida por la institución a fin de garantizar el legajo completo de mi hijo/a, asimismo, me comprometo a entregar el **CERTIFICADO de SALUD**, si fuese necesario para que mi hijo/a pueda realizar las actividades de EDUCACION FISICA Y TALLER, con absoluta normalidad.

Si por algún motivo faltase en algún punto de lo requerido, el establecimiento deberá citarme en carácter de urgente para que regularice la situación y si así no lo hiciere, los certificados de escolaridad e informes quedaran retenidos en el colegio hasta tanto pueda cumplir con lo comprometido.

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA YA QUE NO POSEE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES QUE IMPLIQUEN UN RIESGO PARA SU SALUD. ME COMPROMETO A ACOMPAÑAR CON CERTIFICADO EN CASO DE ENFERMEDADES/ TRATAMIENTOS.

.....

Firma padre, madre

.....

Aclaración

.....

DNI

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE TALLER YA QUE NO POSEE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES QUE IMPLIQUEN UN RIESGO PARA SU SALUD, ME COMPROMETO A ACOMPAÑAR CON CERTIFICADO EN CASO DE ENFERMEDADES /TRATAMIENTOS

.....

Firma padre, madre

.....

Aclaración

.....

DNI

Todos los datos suministrados en la presente acta tienen carácter de declaración jurada.

.....

Firma padre, madre

.....

Aclaración

.....

DNI

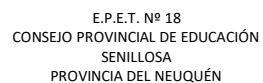


ENTREVISTA INGRESANTE 2026 (SE COMPLETA EN LA INSTITUCIÓN)

Queremos conocerte un poco más, por eso te pedimos que nos puedas responder de manera escrita las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo te llamas?
2. ¿Cómo te gusta que te nombren? ¿Tienes algún apodo?
3. ¿Recuerdas tu número de DNI?
4. ¿Cuándo es tu cumpleaños?
5. ¿Con quién vivís?
6. ¿Dónde vivís?
7. Cuando te ocurre alguna situación ¿a quién llamas?
8. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
9. ¿Tienes dispositivos electrónicos? ¿Cuáles?
10. ¿Utilizas redes sociales? ¿Cuánto tiempo estás en las redes sociales o videojuegos?
11. ¿Por qué elegiste la escuela?
12. ¿Qué expectativas tienes de esta nueva escuela?
13. ¿Te gusta leer? ¿Te gusta escribir?
14. ¿Con quien realizas tus actividades escolares?
15. ¿Dónde buscas información para realizarlas?
16. ¿Deseas ir al mismo curso con algún compañero de primaria? ¿Con quién?
17. Contanos 5 aspectos positivos de vos.

Respuestas



GREGORIO ALVAREZ 299
Tel.: 0299 492 0819

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



ENTREVISTA INGRESANTE 2026 (SE COMPLETA EN LA INSTITUCIÓN)

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Apellido y nombres: _____

Identidad de género (Res. N°1320/18) _____.

¿Apodo o cómo le gusta que lo/la nombren? _____.

Edad: _____ años. Fecha de nacimiento: ____/____/____. Lugar de nacimiento: _____
DNI: _____

Domicilio: _____

-Apellido y nombre de tutor/a legal: _____

Edad: _____ años DNI: _____

Actividad, trabajo, horarios: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Teléfonos de contactos adicionales:

✓

✓

✓

ASPECTOS FAMILIARES DEL ESTUDIANTE:

Apellido y nombre de la **madre**: _____

Edad: _____ años. DNI: _____

Actividad, trabajo, horarios _____

Apellido y nombre del **padre**: _____

Edad: _____ años. DNI: _____

Actividad, trabajo, horarios _____



Grupo Conviviente

Parentesco							
Apellido y nombres							
Edad							
¿Estudia o trabaja?							

Observaciones en cuanto al grupo conviviente:

-¿Cuánto tiempo comparten en familia? _____

-¿Han habido cambios importantes recientes en la vida del/la estudiante? _____

-Situación compleja que necesiten transmitir/ posibles situaciones judiciales _____

-descripción de un día del grupo conviviente _____

ANTECEDENTES ESCOLARES DEL ESTUDIANTE:

-Escuela de la que proviene: _____

-En general, ¿cómo le ha ido en el nivel primario, en relación a lo académico? _____

-¿Hubo alguna interrupción durante el nivel primario? _____ ¿Por qué motivo? _____

-¿Sabe leer y escribir de forma autónoma? _____ ¿A qué edad adquirió la lecto-escritura? _____

-¿Realiza cálculos mentales? _____

-¿Qué fortalezas observa en su hijo/a en relación a lo escolar? _____



-¿Asignatura con mayor rendimiento? _____

-¿En qué aspectos y/o asignaturas presentó dificultades? _____

-¿Qué tipo de dificultades? ¿Cómo las resolvió? _____

-¿Qué materia creen que les va a costar más en la escuela? _____

-¿Es participativo en los actos escolares? _____

-¿Ha tenido maestra de apoyo o ha recurrido a alguna intervención ajena a la escuela para ayudarlo en aspectos escolares? _____

-¿Realiza actividades extra escolares y/o religiosas? Éstas, ¿afectan a su asistencia escolar? _____

HÁBITOS DE ESTUDIOS DEL ESTUDIANTE:

-¿Dispone de lugar para estudiar? SI-NO ¿Dónde? _____

-¿Cuántas horas le dedica al estudio? ¿En qué horario estudia? _____

-Al momento de realizar un trabajo de investigación, acude a la biblioteca en búsqueda de información? ¿Qué recursos utiliza? (Internet, fotocopias elaboradas por el docente, libros digitales, libros formato papel) _____

-¿Con quién estudia y realiza las tareas escolares? (SOLO – CON AYUDA FAMILIAR – EN GRUPO DE COMPAÑEROS- OTROS) _____

-¿El/la estudiante posee celular? _____

-¿Cuánto tiempo le dedica al mismo? _____ ¿Está en conocimiento de para qué lo utiliza? _____

-¿Utiliza redes sociales?: _____ ¿Cuáles?: _____



-Se ha visto involucrado en alguna situación relacionada con los medios digitales _____

RELACIONES SOCIALES DEL ESTUDIANTE:

-¿Cómo ha sido la relación con sus compañeros durante el nivel primario? ¿Se vio involucrado en problemáticas de relaciones con algún compañero/a? _____

-¿Cree que hará amigos fácilmente? _____

-¿Cómo ha sido la relación con los adultos de la primaria? _____

-¿Tiene amigos/as fuera de la escuela? SI-NO ¿Estudian? SI-NO
¿Qué actividades comparte con ellos? _____

-¿Cómo tiende a resolver conflictos? _____

-Si tiene algún problema, ¿a quién suele recurrir? _____

SALUD DEL/LA ESTUDIANTE:

-¿El/la estudiante padece alguna enfermedad? (En caso de padecer alguna enfermedad deberá adjuntar certificado que acredite la misma) _____

-¿El/la estudiante necesita tomar periódicamente algún medicamento? _____

-¿El/la estudiante es celiaco? _____

-¿El/la estudiante es intolerante a la lactosa? _____

-¿El/la estudiante tiene algún impedimento de salud para realizar las actividades escolares? (Taller, Educación Física, etc.): _____

-El/la estudiante realizó tratamientos terapéuticos (psicológico, pedagógico, fonoaudiológico, etc) _____
¿por qué motivo? _____

¿durante cuánto tiempo y en qué época? _____



-¿El/la estudiante tiene alguna situación emocional compleja, fobias, etc? _____

-¿Algún integrante de la familia tiene dificultades de salud, que pudieran influir en la asistencia y/o rendimiento académico del estudiante? _____

-¿Por qué eligieron esta escuela? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CONSIDERE DE IMPORTANCIA:

-Posee computadora/Notebook/Netbook/Tablet: _____

-Usa anteojos: _____

-¿Tiene dificultades auditivas? _____

-

Otros: _____

Firma del tutor:

Recibió: