

Foto 4x4



INGRESO 2026

Solicitud de ingreso a: _____ año del CICLO BÁSICO-CICLO ORIENTADO.

☐	EXTERNO	☐	INTERNO	☐	MEDIO PENSIONADO
--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	------------------

Datos del alumno:

Apellido y nombre:	D.N.I. Nº	Edad:
Nacionalidad:	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
Obra social:	Nº Beneficiario:	
Escuela de donde proviene:		
Correo electrónico:		

Domicilio Particular:

Calle:	Nº	Barrio:
Teléfonos: alumno () padre () madre ()		
Localidad:	Código postal:()	Provincia:

Datos familiares:

Apellido y Nombre del Padre:		
Fecha de nac.: / /	D.N.I.Nº:	
Edad:	Nacionalidad:	Ocupación:
Estado civil:	Obra Social:	
Lugar de Trabajo:	T.E.	
Correo electrónico:		

Nivel de instrucción:

S/instrucción	Primaria incompl.	Primaria completa	Secundaria incompl.	Secundaria completa
Terciario/universitario incompl. Terciario/universitario completo				
Trabaja actualmente: SI NO				

Apellido y Nombre de la Madre:

Fecha de nac.: / /	D.N.I.Nº:	
Edad:	Nacionalidad:	Ocupación:
Estado civil:	Obra Social:	
Lugar de Trabajo:	T.E.	
Correo electrónico:		

Nivel de instrucción:

S/instrucción	Primaria incompl.	Primaria completa	Secundaria incompl.	Secundaria
Terciario/universitario incompl. Terciario/universitario completo				
Trabaja actualmente: SI NO				

¿Quién ejerce “el cuidado personal del alumno”? Padre Madre Tutor

¿Actualmente, algunos de los progenitores tienen restricción? SI NO

¿Ambos progenitores tienen conocimiento de la inscripción de su hijo/a, en esta institución? SI NO

De marcar SI, debe presentar documentación que avale dicha situación.

Hermanos:					
Apellido y Nombre	Fecha	Edad	Alumno en la escuela	Ocupación	D.N.I. Nº

¿Viven todos en la misma casa?	En caso negativo ¿Por qué?

En “Alumno en la escuela”, (que asista al I.B.A.T.) marcar con una cruz-para acceder al descuento correspondiente.

HISTORIA ESCOLAR DEL ALUMNO
(Todos los campos son obligatorios)

1 - ¿Por qué eligió esta escuela?

.....

.....

2 - Tiene o tuvo algún familiar en la escuela:

.....

3 - ¿Cómo fue la escolaridad del niño? (En lo académico y/o en lo conductual)

.....

4 - ¿Cómo fue aprendiendo en el nivel primario?

.....

¿Tuvo dificultad en alguna área en particular? (Por ejemplo, Lengua, Matemática)

¿Cuál?.....

¿Lo llamaron por alguna dificultad o particularidad del niño en la escuela?

.....

¿Ha repetido algún grado?

Razón principal (¿Por qué?)

5 - ¿Ha padecido alguna enfermedad, accidente u operación?

.....

6 - ¿Estuvo bajo algún tipo de tratamiento o se le sugirió iniciar alguna consulta con profesional?

.....

7- En el caso de haber respondido afirmativamente, señalar con una X:

Psicológico	☐	Psicopedagógico	☐	Psiquiátrico	☐	Fonoaudiológico	☐
-------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

8 - En el caso de ser afirmativo la pregunta anterior, indicar:

a) ¿A qué edad?

b) ¿Cuál fue el diagnóstico?

c) ¿Cuánto tiempo duró el tratamiento aproximadamente?

d) ¿Profesional o Centro al que asistió?

9 - ¿En la actualidad, está bajo tratamiento de profesional? Sí ☐ No ☐

En el caso de ser afirmativo indique cual

10 – Posee certificado de discapacidad -**C.U.D.**: Sí ☐ No ☐

10 – En caso de accidente dirigirse al HOSPITAL ☐ o a LA CLÍNICA ☐

Observación: en el caso de haber realizado algún tipo de tratamiento psicológico, psicopedagógico, psiquiátrico debe concurrir con el último informe del profesional para adjuntarlo al legajo.

LA PRESENTE PLANILLA TIENE CARÁCTER DE D.D.J. J.

Titular designado para abonar la cuota de socio

Apellido y Nombre:	D. N. I. Nº:
Campo obligatorio - Correo electrónico :	

REGISTRO DE FIRMAS

.....
Firma del Padre

.....
Firma de la Madre

.....
Firma del Tutor

.....
Firma del Alumno

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Aclaración

En caso de necesitar factura, consignar:

Nombre familiar:								
Razón social:								
CUIT/CUIL								
Cond. IVA-	MONOTRIBUTO	☐	RESP. INSCRIPTO	☐	EXENTO	☐	CONSUMIDOR FINAL	☐
(marcar con una cruz la condición correspondiente)								
Domicilio de facturación:								



Salta 520 - Villa del Rosario - Córdoba ☎ 03573 - 424609
@academica@ibatsanjose.edu.ar - f IBAT "San José"
ibatsanjose - www ibatsanjose.edu.ar