**LA FALSIFICACIÓN U OMISIÓN DE DATOS EN ESTE FORMULARIO SERÁ POSIBLE CAUSA DE BAJA DE MATRÍCULA.**

SOLICITUD DE VACANTE PARA …………….. GRADO

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETOS……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

FECHA DE NACIMIENTO……………………………………………….…. LUGAR:…………………………………………….…………….. DNI: ………………………………………….…………….

DOMICILIO……………………….……………………………………..………….…………. N°……………………… BARRIO…………………………………………………..………………………………

TELÉFONOS…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................

CORREO ELECTRÓNICO…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿A QUÉ ESCUELA ASISTE ACTUALMENTE?………………………………….…………………………………………………….………………… GRADO/SALA: ………………………………

¿REALIZA, ACTUALMENTE, ALGÚN TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO, PSICOLÓGICO, PSICOPEDAGÓGICO U OTRO? SÍ NO ¿CUÁL/ES?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, ADJUNTAR INFORME DEL EQUIPO O PROFESIONAL EXTERNO AL QUE ASISTE).

¿CUENTA CON CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD? SÍ NO

¿TIENE HERMANOS QUE ASISTAN A ESTA INSTITUCIÓN?………… NOMBRE Y APELLIDO……………………….……………………………………………………………………… SALA/ GRADO/CURSO:………………………………………

NOMBRE DEL PADRE: …………………………………………………………………………………… DNI: ……………………………………. NACIONALIDAD: ………….……………………… OCUPACIÓN: …………………………..…..…………………………………………….

NOMBRE DE LA MADRE: …………………………………………………..…………………….…… DNI: …………………………………NACIONALIDAD: ………………………………………… OCUPACIÓN: ……………………………………………………………………………….…….

¿POR QUÉ ELIGEN ESTA INSTITUCIÓN? …………………………………………………………………………………………………….......................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………

* **PRESENTAR LA SOLICITUD COMPLETA, CONJUNTAMENTE CON LA FOTOCOPIA DE DNI, COPIA DEL INFORME CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA ETAPA DEL CICLO LECTIVO 2024.**
* **EN CASO DE ALUMNOS CON PROCESO DE INCLUSIÓN, ADJUNTAR EL INFORME DEL EQUIPO/PROFESIONAL EXTERNO Y PROYECTO PEDAGÓGICO DE INCLUSIÓN (PPI)**
* **DÍAS Y HORARIOS: LUNES A VIERNES DE 14 A 17 HORAS O VÍA MAIL A inicialyprimarioloreto@gmail.com**

FIRMA DE MADRE, PADRE O TUTOR…………………………………………………………………………………………………………

ACLARACIÓN: ………………………………………………………………………………….. FECHA: …………………………………………