



EDUCACIÓN INICIAL			
2	3	4	5

PRIMARIA					
1°	2°	3°	4°	5°	6°

Día	Mes	Año

SECUNDARIA			
1°	2°	3°	4°

QUINTO SECUNDARIA			
ART	BIO	CIE	HUM

SEXTO SECUNDARIA						
AyE	CB	CA	FM	MD	SH	SE

## 1

### DATOS IDENTIFICATORIOS

## 1.1 Alumno

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombres:

Cédula de identidad:

### 1.1.1 Nacimiento

Lugar	Día	Mes	Año	Sec. Judicial / Oficina N° *

### 1.1.2 Domicilio

Calle	N°	Unidad	Complemento
Departamento	Localidad	Código postal	

### 1.1.3 Contacto

Teléfono fijo	Celular del alumno
E-mail del alumno:	
@	

(\*) Ver libreta de matrimonio o partida de nacimiento.



# 1.3 Padre

<b>Apellidos:</b> <hr/>		
<b>Nombres:</b> <hr/>		
<b>Nacionalidad:</b> <hr/>		
<b>Nacimiento:</b>		<b>Cédula de identidad:</b>
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

## 1.3.1 Domicilio

<b>Calle</b>	<b>N°</b>	<b>Unidad</b>	<b>Complemento</b>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Departamento</b>	<b>Localidad</b>	<b>Código postal</b>	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	

## 1.3.2 Contacto

<b>Teléfono fijo</b>	<b>Celular</b>
<hr/>	<hr/>
<b>E-mail:</b> <input type="text" value="@"/>	

## 1.3.3 Trabajo

<b>Profesión / Ocupación</b>	<b>Lugar de trabajo</b>	
<hr/>	<hr/>	
<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Horario</b>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

## 1.3.4 Religión

<b>Religión que profesa:</b> <hr/>				<b>Exalumno menesiano</b>	<b>Exalumno de otro colegio católico</b>		
				<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
				<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Bautismo:</b>	<b>1ª Comunión:</b>	<b>Confirmación:</b>	<b>Matrimonio:</b>	<b>¿Cuál?:</b> <hr/>			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>				
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>				

# 1.4 Núcleo familiar

## 1.4.1 Integrantes del núcleo habitacional

(Personas que viven con el alumno):

Nombre y apellido	Edad	Vínculo con el alumno	Estado civil	Ocupación

## 1.4.2 Hermanos en el colegio

Nombre	Edad	Clase





Indique qué MEDICACIÓN utiliza habitualmente frente a las siguientes situaciones:	Medicación
Cefalea (dolor de cabeza)	
Dismorrea (dolor menstrual)	
Mialgia (dolores musculares)	
Otalgia (dolores de oído)	
Dolor de garganta	
Cólicos	
Bronco espasmo	
Otros	

## 2.4.2 ¿Ha sido sometido a procedimientos quirúrgicos?

Fecha	Procedimiento

## 2.4.3 Antecedentes familiares

Algún familiar directo (abuelos, padres y/o hermanos) es portador o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones:			Especifique la enfermedad en caso necesario:
	Sí	No	
Cardiovasculares			
Diabetes			
Hipertensión arterial			
Respiratorias			
Renales			
Hematológicas			
Neurológicas			
Musculares			
Otras enfermedades			

Agregue datos médicos, consideraciones especiales u otras precauciones a tener en cuenta:

¿Por qué elegimos La Mennais para la educación de nuestro hijo?

Los abajo firmantes autorizan y avalan el tratamiento de sus datos personales y el de su hijo o menor a cargo (art. 9 ley 18.331 del 11/08/2008) por parte del Colegio La Mennais, con el fin de que éste pueda realizar la comunicación y promoción de actividades de interés en el cumplimiento de sus obligaciones. Asimismo, autorizan al Colegio La Mennais a utilizar fotografías, imágenes, filmaciones, videos u otro medio de comunicación en el que aparezcan ellos, siempre que sean utilizados con el fin de dar información de las actividades y eventos relacionadas con el Colegio, difusión o comunicación Institucional.

Las obligaciones que surjan de este vínculo con el Colegio La Mennais serán solidarias e indivisibles en cuanto a los firmantes, sin perjuicio de lo que establecen las resoluciones N° 1486/2011 y 2077/2011 de la DGI.

El presente formulario tiene valor de declaración jurada. Los cambios deben ser notificados en Secretaría a la brevedad.

Los padres fijan domicilio a todos los efectos a que diere lugar esta inscripción en los indicados como suyos.

FIRMA del PADRE

FIRMA de la MADRE