GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
ESCUELA TECNICA N° 26 D.E. 6 - "CONFEDERACION SUIZA"
Av. Jujuy 255 Cap. Fed. (1083) - Telefax 4931-1947/ 7231

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 1º AÑO - CICLO LECTIVO 2024

C.A.B.A.,_____ de.....de 20 . ..

Legajo: .....Libro: ..... Folio: .....

DATOS DEL ALUMNO (completar todos los campos con letra imprenta)

Apellido/s: ....

Nombre/s:.....

Edad: ..... Sexo: Femenino - Masculino - Otro **(tachar lo que no corresponda)**

Tipo y N° de Documento:_____ ..... C.U.I.L: .....

Nacionalidad: .... Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____

Lugar (Ciudad) de Nacimiento:..... .....

Domicilio Actual: .....

Localidad: ..... Barrio: ..... C.P.:.....

Teléfono CASA: ..... Teléfono CELULAR (alumno) ....

E-mail (GMAIL) del alumno .....

Escuela Primaria de Origen: ....

¿Es hijo de personal de la E.T. N° 26 DE 6? SI - NO (indicar apellido y nombre del agente) .....

¿Tiene hermanos en el establecimiento?: SI - NO (indicar año, división, apellido y nombre)

.....

¿Tiene certificado de Discapacidad? SI - NO (Presentar fotocopia) Renovar cada ciclo lectivo o cada vez que se renueva.

.....
Firma del padre/ madre o tutor
Aclaración y documento

DATOS DE LOS ADULTOS RESPONSABLES
DECLARACION JURADA

Datos del Padre (Presentar fotocopia del DNI y constancia de CUIL)

Apellido:.....Nombres: ……

.....

DNI ……Nacionalidad: .....

Ocupación:..... ¿Vive? ..... - Fecha Nac:_____/____/_.....

Domicilio: ..... ……Cod. Postal:……

.....

Teléfono CELULAR: .....Teléfono Laboral:.....

CUIL del Padre:..... .....

E MAIL del PADRE: .....

.....
Firma del Padre

Datos de la Madre (Adjuntar fotocopia del DNI)

Apellido:..... Nombres: .....

DNI ..... Nacionalidad: .....

Ocupación:..... ¿Vive? ..... Fecha Nac: ..... /...../ .....

Domicilio:..... Cod. Postal: .....

Teléfono CELULAR: .....Teléfono Laboral:... CUIL de la Madre: .....

E MAIL de la Madre: .....

.....
Firma de la Madre

Datos del Tutor (Presentar la documentación Judicial correspondiente, DNI y CUIL) (Esta información se necesita en caso de ausencia de los padres y cuando estén a cargo de otro adulto que lo acredite)

Apellido:..... Nombres: .....

DNI: ..... Nacionalidad:.....

Ocupación:..... Fecha Nac: _____/____/.....

Domicilio:..... Cod. Postal: .....

Teléfono CELULAR: .....Teléfono Laboral:..... ... .

CUIL del Tutor:.....

E MAIL del Tutor:.....

.....
Firma del Tutor

PLANILLA DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ DNI _____ que cursa _____ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo _____ con fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____ N° de contacto _____.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	**NO**
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		

Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).		

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

……	……	……
Firma	Aclaración	Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:
https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud

AUTORIZACIÓN DE USO Y CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN

Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires

Por la presente dejo constancia que presto mi consentimiento expreso e irrevocable en los términos del artículo 31 de la Ley 11.723 y el artículo 53 del Código Civil y Comercial, al Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante Ministerio), para utilizar gratuitamente mi nombre, voz e imagen en las campañas de promoción, desarrollo, producción y distribución de las actividades desarrolladas bajo su órbita.

En consecuencia, renuncio expresamente a requerir cualquier tipo de compensación o retribución por el uso de mi nombre, voz e imagen en el contexto antes mencionado, desistiendo expresamente de iniciar cualquier reclamo ya sea administrativo, judicial o extrajudicial contra el Ministerio.

FIRMA.....

NOMBRE Y APELLIDO .....

DNI .....

FECHA.....

Para completar solo en caso de menores de edad:

En mi carácter de padre/madre/tutor, con capacidad legal de actuar en nombre y representación del sujeto que se menciona a continuación, hago extensible a él/ella la presente autorización:

NOMBRE Y APELLIDO .....

DNI .....

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
INSTRUCTIVO PARA LA CONFECCIÓN DEL
FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE BECA
ALIMENTARIA

Instructivo para completar el formulario

Datos a completar por el alumno solicitante: Información personal sobre el alumno que solicita la beca. Los datos consignados en estos campos, deben referirse exclusivamente al o a la estudiante que hará uso del servicio alimentario.

Datos del grupo familiar:

Padre/Madre y/o Tutor: No es necesario completarlo, salvo que el o la estudiante conviva con ellos.

Hermanos/hijos en edad escolar: Destinado exclusivamente para aquellos hermanos/hijos que se encuentren escolarizados. En caso de que asistan a una escuela pública, deberán documentar esa situación a través de un certificado de alumno regular, expedido por el establecimiento al que asisten. Esto se debe a que, de acuerdo con la normativa vigente, cada hermano/hijos del solicitante que curse su educación en el ámbito público; amplía en un 15% el monto de corte para el acceso a la beca. (el monto actual es de $141.538 que se calcula multiplicando por 2,5 el sueldo mínimo del empleado de comercio). Esto **no** quiere decir que, en caso de que el hermano asista a una escuela privada, deba aportar documentación alguna o pueda denegar el pedido de beca. Asimismo, cabe aclarar que los montos destinados al pago de la cuota de un colegio privado, en **ningún** caso son deducibles de los ingresos del grupo familiar a fin de modificar el importe de acceso a la beca alimentaria.

Otros convivientes: Este espacio está destinado a cualquier otra persona que conviva con la familia y participe en los ingresos del grupo familiar, cualquiera sea su parentesco.

Miembros del grupo familiar con enfermedades crónicas: Este campo está destinado para consignar el diagnóstico y gasto mensual derivado de una afección crónica que pudiese sufrir algún integrante del grupo familiar conviviente, a fin de que ese monto sea deducido de los ingresos consignados y, por ende, permita a la familia acceder a la beca alimentaria aún si antes de la deducción superaste el límite. Los gastos mensuales por enfermedad sólo serán válidos a este fin en caso de que el familiar conviva con el solicitante, el tratamiento de su dolencia implique gastos que impacten en el presupuesto familiar y éstos se encuentren documentados a través de una constancia médica y los comprobantes de gastos.

VALE ACLARAR QUE LOS **GASTOS POR ENFERMEDAD** SON LOS **ÚNICOS** QUE PUEDEN DEDUCIRSE DEL CÁLCULO DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR PARA ACCEDER A LA BECA, QUEDANDO ASÍ EXCLUIDO TODO OTRO GASTO (ALQUILER, ESCUELA PRIVADA, CUOTAS DE BIENES O SERVICIOS, ETC…)

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA - REFRIGERIO (Solo nivel Medio y Adultos)

DATOS A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento	D.E.	(CUE) CÓDIGO ÚNICO DE ESTABLECIMIENTO

A COMPLETAR POR EL ALUMNO SOLICITANTE

Apellidos	Año/Sección	Turno
Nombres	DNI	
Nacionalidad	Fecha de nacimiento	CUIL .....-.....-.....
Domicilio		Código Postal
Localidad / Barrio	Correo Electrónico	Teléfono

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Adjuntar fotocopia de recibo de sueldo, monotributo, certificación negativa de ANSES o DDJJ de ingresos de ambos padres según corresponda

Apellido y Nombre	Fecha de nacimiento	Vínculo con la/el Alumna/o	Número de CUIL	Ingresos	CONVIVE	
				$	SI	NO
				$	SI	NO
HERMANOS EN EDAD ESCOLAR - Apellido y Nombre	Edad	Ocupación	Escuela		CONVIVE	
- En caso de hermanos que concurran a escuela pública se deberá adjuntar constancia de alumno regular -						
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
					SI	NO
Apellido y Nombre Otros Convivientes	Edad	Ocupación	Lugar de trabajo	Ingresos	CONVIVE	
				$		
				$		
Total de ingresos del grupo familiar				$		

Algún miembro del grupo familiar sufre de una enfermedad crónica. (Marcar con una X)

☐ Si Diagnóstico

☐ No

Gasto mensual derivado de dicha enfermedad crónica:

$ .....

- Adjuntar constancia médica de la enfermedad y comprobante de gastos -

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE los datos consignados son veraces, aceptando desde ya las medidas a adoptarse para su verificación, y me comprometo fehacientemente a comunicar cualquier cambio a lo declarado dentro del plazo de diez días de producido el mismo. Asumo la responsabilidad emergente por falsedad en la declaración de datos, detectada en sede administrativa y/o judicial, de conformidad con la normativa vigente.

Acompaño fotocopia de comprobante de ingresos (recibo de haberes u otros), exhibiendo original para su verificación, obligándome a cumplir igual trámite por la documentación adicional que eventualmente se solicite.

Manifiesto estar de acuerdo con el ANEXO A del Pliego de Bases y Condiciones, correspondiente a los menúes vigentes.

Buenos Aires ..... de ..... del 20 .....

.....	.....	.....
Apellido y nombre	Documento	Firma

A COMPLETAR POR LA COMISION DE BECAS

☐ Solicitud rechazada

☐ Solicitud aprobada

☐ Solicitud en estudio (Se requiere la intervención de la Dirección General de Servicios a las Escuelas).

……..	……..	……..
Firma Comisión de Becas	Firma Comisión de Becas	Firma Director/Vice
…….……	……	
Apellido y nombre	Apellido y nombre	SELLO

Observaciones:
……..
……

NOTIFICACIÓN DE LO RESUELTO

En el día de la fecha y por la presente, ME NOTIFICO de lo resuelto por la Comisión de Becas.

Apellido y Nombre

…….

Tipo de documento

☐ DNI N°……. ☐ Otro: …….

☐ CI N°…….……. ☐ No tiene

……..
Firma del solicitante

ESCUELA TECNICA N° 26-

PAGO DE COOPERADORA PARA ALUMNOS DE 1° AÑO 2024

INFORMACION PARA PADRES

Pagá a cuenta (Válido hasta 30/12/2023.) $6000

Podes abonar en:

- Caia de cooperadora en la escuela, de lunes a viernes de 8:00hs a 9:30hs

- Mercado Pago hasta el 30/12 haciendo transferencia a:

■CVU: 0000003100036318498312 / «ALIAS: LA.COOPE.SUIZA.MP

■Con la opción TRANSFERIR al mail: cobrossuiza@gmail.com

ⓘⓘⓘ IMPORTANTE ⓘⓘⓘ

Si pagas a través de MERCADO PAGO, envíanos un mail con:

•Foto o captura del comprobante de pago

•Nombre y apellido del adulto responsable (madre, padre, tutor). •Número de DNI, del adulto responsable (madre, padre, tutor). •Nombre y apellido, año y división del alumno.

- Para que te acreditemos el pago y enviemos el comprobante de cancelación de cuota anual.

A la SUIZA la hacemos entre todos

Instagram: Coope De La Suiza / Mail: cobrossuiza@gmail.com

INSCRIPCIÓN 1º AÑO CICLO LECTIVO 2024
VACANTES ASIGNADAS - INSCRIPCION EN LINEA - PERIODO ORDINARIO (OCTUBRE 2023)
PRESENTACION DE DOCUMENTACION

CRONOGRAMA PARA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DE 1º AÑO 2024 - PRESENCIAL - 1º Piso OF DE ALUMNOS
(Horarios: Mañana de 9 a 12 hs, Tarde 14 a 17 hs)
POR FAVOR SE RUEGA ASISTIR UNA PERSONA CON TODA LA DOCUMENTACION COMPLETA Y EL CERTIFICADO DE 7 GRADO (SIN LEGALIZAR) O CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR ACTUALIZADA

Días	***Letras****
1 al 6 de diciembre *	A a J
7 al 12 de diciembre	K a Q
13 al 15 de diciembre	R a Z

El 18 de diciembre Jornada Docente **sin atención al publico**

*** LA LETRA CORRESPONDE A LA INICIAL DEL APELLIDO DEL ALUMNO INGRESANTE**

- CARPETA DE TRES SOLAPAS
- FORMULARIOS DE INSCRIPCION COMPLETOS Y FIRMADOS
- DNI DEL ALUMNO ACTUALIZADO (ORIGINAL Y FOTOCOPIA)
- PARTIDA DE NACIMIENTO (ORIGINAL Y FOTOCOPIA)
- CONSTANCIA DE CUIL DEL ALUMNO
- CONSTANCIA ORIGINAL DE 7°GRADO CABA / O DE 1 AÑO DE ESCUELA DE PROVINCIA (1^0 AÑO COMPLETO SIN ADEUDAR MATERIAS) CON INICIO DE PASE DE ESCUELA (CERTIF DE ESTUDIOS EN TRAMITE)
- CERTIFICADO DEFINITIVO DE ESTUDIOS PRIMARIOS COMPLETOS
- DNI Y CUIL DEL PADRE Y DE LA MADRE (ORIGINAL Y FOTOCOPIA)
- SOLICITUD DE REFRIGERIO - APTO MEDICO (FEBRERO 2024)

REUNION DE PADRES - MARTES 19/12 10 o 14 HS
PAGO DE COOPERADORA -LUNES Y JUEVES 8 A 9.30 HS

LOS CERTIFICADOS DE 7° GRADO DE LA ESCUELA PRIMARIA SE ENTREGAN AL FINAL DEL CICLO PRIMARIO CABA Y HASTA EL 21 DE DICIEMBRE DE 2023, EN LA OFICINA DE ALUMNOS. LUEGO DE ESA FECHA DESDE EL 07/02/2023 HASTA EL 17/02/2023 INDEFECTIBLEMENTE

SE RECIBIO INSCRIPCION COMPLETA A 1 AÑO 2024 DE_____ .....
..... EL ...../ /202

FIRMA DEL RECEPTOR