



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
 DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION
 SUBSECRETARIA DE EDUCACION
 DIRECCION DE EDUCACION ARTISTICA
 CONSERVATORIO DE MUSICA DE BAHIA BLANCA



Foto del
alumno

CÓDIGO:
 (A completar por la institución)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CICLO LECTIVO 2020
Formación Básica para Jóvenes y Adultos
(Instrumento:.....)

Recuerde que es requisito de ingreso tener 14 años (Cumplidos al 30 de Junio de 2019) y haber cursado y aprobado totalmente el 2do. Año de la Escuela Secundaria

Esta inscripción se ratificará con el 100% de asistencia durante las dos primeras semanas de clase.

DATOS PERSONALES

Apellido:Nombres:
 Dirección:.....Localidad:
 Teléfono/s:.....E-mail:.....
 Fecha de nacimiento:..... Lugar:.....Nacionalidad:.....
 Documento de Identidad (Tipo y nro.)

DATOS DE INSCRIPCION

Profesor:..... Día y Horario:.....

Lenguaje Musical I (Curso grupal)

División		X
A	Lunes y Jueves de 10.10 a 12.10 hs. (14 a 24 años)	
B	Lunes y Jueves de 13.50 a 15.50 hs. (18 a 30 años)	
C	Lunes y Jueves de 17.50 a 19.50 hs. (14 a 24 años)	
D	Martes y Viernes de 20.00 a 22.00 hs. (14 a 24 años)	
E	Lunes y Viernes de 20.00 a 22.00 hs. (18 a 30 años)	
F	Lunes y Jueves de 20.00 a 22.00 hs. (+ de 30 años)	
G	Lunes y Miércoles de 15.50 a 17.50 hs. (14 a 24 años)	
H	Martes y Jueves de 17.50 a 19.50 hs. (18 a 30 años)	
I	Lunes y Jueves de 17.50 a 19.50 hs. (18 a 30 años)	

Firma Responsable de la inscripción:

Sobre la **ASOCIACIÓN COOPERADORA**: Es fundamental tomar conciencia de que la compra y mantenimiento de los instrumentos musicales y elementos didácticos que nos permiten estudiar y trabajar se logra gracias al aporte de todos y cada uno de nosotros.

Se han establecido las siguientes opciones de pago, por favor indique cuál será la opción elegida.

* Una cuota anual con 10% de descuento de \$900	
* Dos cuotas con 5 % de descuento de \$ 475	
* Diez cuotas mensuales de \$ 100	

ASOCIACIÓN COOPERADORA CONSERVATORIO DE MÚSICA BAHÍA BLANCA

Apellido y Nombre del alumno:Código:

Apellido y nombre del Padre o Madre.....Teléfono.....
 (sólo si el alumno es menor de 18 años)

Mail de contacto

Importe recibido al momento de la inscripción:

AUTORIZACIÓN PARA ALUMNOS MENORES (DE 18 AÑOS)

Nombre del alumno:.....Código:.....DNI:.....

Por medio de la presente me notifico de los horarios y sedes de clase correspondientes al ciclo lectivo 2014 y lo autorizo a retirarse de las siguientes formas (indique con X y describa los datos que se piden, puede elegir más de una opción)

- acompañado de su madre o padre:

- Nombre:.....DNI:.....

- Nombre:..... DNI:.....

- acompañado de otro familiar

1) Nombre:.....Parentesco:.....DNI:.....

2) Nombre:..... Parentesco:..... DNI:.....

3) Nombre:..... Parentesco:..... DNI:.....

4) Nombre:..... Parentesco:..... DNI:.....

- Acompañado de otra persona adulta responsable (niñera, amigo/a de la familia, etc)

1) Nombre:..... DNI:.....

- Otra manera: (en caso de que el alumno se retire solo, debe consignarlo de puño y letra aquí)

.....

- En caso de ausencia del profesor el alumno permanecerá en la institución hasta finalizar el turno, a menos que sea retirado por un **adulto autorizado** en esta ficha, **previa firma del Registro Anticipado de alumnos.**
- Al finalizar una instancia de evaluación final (de la cual no disponemos horario inequívoco de finalización), los alumnos se retirarán de la institución al finalizar el mismo.
- Por razones de seguridad los alumnos deben esperar a ser retirados por sus padres o responsables, permaneciendo DENTRO DEL EDIFICIO, a menos que hayan sido autorizados a retirarse solos del Establecimiento.
- Los alumnos que no han sido autorizados a retirarse solos en este documento, no podrán hacerlo bajo ningún punto de vista. No se hará lugar a autorizaciones verbales, telefónicas o escritas sin presencia del adulto responsable, ya que no podemos certificar la procedencia del llamado o documento escrito.
- En caso de tener que retirar a los menores fuera del horario habitual de clase, los padres u otro adulto responsable autorizado en este documento, deberán presentarse personalmente y retirarlos previa firma del registro de Retiro Anticipado de Alumnos.

La institución es responsable de los alumnos solo durante el horario de clase y siempre y cuando se registre el presente.

De existir, incorporar Constancia de Restricción Judicial para retirar al niño del Establecimiento.

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRES (del padre, madre, tutor o encargado):.....

Documento de identidad (Tipo y Nro.).....

Firma del adulto Responsable:.....

FICHA DE SALUD ALUMNOS

APELLIDO Y NOMBRE:..... **D.N.I.**

Obra Social:..... **N° de Afiliado:**.....

Antecedentes de Enfermedad: (Señalar lo que corresponda)

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO ¿Cuál?.....

Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez?

SI NO ¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe:

Tratamientos: (Señalar lo que corresponda)

¿Toma algún tipo de medicamento? SI NO

En caso afirmativo, especifique nombre y dosis:

¿Recibe tratamiento médico? SI NO

Especifique:

Quirúrgicos: SI NO Edad: Tipo de Cirugía:

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración:

Otros problemas de salud:

Frente a algún problema de salud en el Establecimiento:

Recurrir a: Institución:

Domicilio: Teléfono:

Médico: Apellido y Nombre:

Domicilio: Teléfono:

Familiar: Apellido y Nombre:

Domicilio: Teléfono:

Familiar: Apellido y Nombre:

Domicilio: Teléfono:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar a las autoridades del establecimiento cualquier modificación de los datos consignados en el presente documento, de forma inmediata y de manera fehaciente.

FICHA DE SALUD ALUMNOS

APELLIDO Y NOMBRE:..... **D.N.I.**

Obra Social:..... *N° de Afiliado:*.....

Antecedentes de Enfermedad: (Señalar lo que corresponda)

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO ¿Cuál?.....

Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez?

SI NO ¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe:

Tratamientos: (Señalar lo que corresponda)

¿Toma algún tipo de medicamento? SI NO

En caso afirmativo, especifique nombre y dosis:

¿Recibe tratamiento médico? SI NO

Especifique:

Quirúrgicos: SI NO Edad: Tipo de Cirugía:

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración:

Otros problemas de salud:

Frente a algún problema de salud en el Establecimiento:

Recurrir a: Institución:

Domicilio: Teléfono:

Médico: Apellido y Nombre:

Domicilio: Teléfono:

Familiar: Apellido y Nombre:

Domicilio: Teléfono:

Familiar: Apellido y Nombre:

Domicilio: Teléfono:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar a las autoridades del establecimiento cualquier modificación de los datos consignados en el presente documento, de forma inmediata y de manera fehaciente.