

**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



**FICHA Departamento de Orientación Escolar (DOE)**

El DOE está compuesto por diferentes profesionales que orientamos y acompañamos alas trayectorias escolares de los estudiantes. La información aquí volcada es requerida para realizar nuestra tarea de la mejor manera posible, atendiendo a las particularidades de los estudiantes.

Apellido y nombre del estudiante: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Año y división (202...):

Atiende su salud en : Sistema público ( ) Obra social ( ) ¿Cuál? .....

Contactos:

Teléfono: ..... Vínculo: .....

Teléfono: ..... Vínculo: .....

Grupo familiar (con quienes convive) .....

¿Ha consultado y/o realizado tratamiento

Psicopedagógico? SI / NO

Fonoaudiológico? SI / NO

Terapéutico? SI / NO

¿Toma actualmente alguna medicación? SI / NO ¿Cuál?

¿Posee certificado de discapacidad? SI / NO

¿Atravesó o atraviesa algún proceso judicial? SI / NO (En caso afirmativo debe informarse a la escuela)

Entiendo y acepto que este formulario posee carácter de declaración jurada. No hoy omisión o falsedad en los datos aquí volcados

.....  
Firma - Aclaración - DNI del progenitor/a o representante legal

.....  
Fecha

## 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** .....

- COOPERADORA

Estimadas familias:

Desde la Asociación Cooperadora les damos la bienvenida a un nuevo ciclo lectivo y los invitamos a seguir trabajando y colaborando para mejorar la escuela de nuestros/as hijos/as.

Nuestra tarea es apoyar la obra de los/las docentes solventando aquellos gastos no subsidiados, pero muy importantes para la escuela.

Por eso es necesario y fundamental el **aporte voluntario** de cada familia.

Para el año 2024 se ha establecido una **cuota mensual de \$ 4.000 (de marzo a diciembre) o un pago anual de \$ 30.000. Les recordamos que cualquier aporte, por mínimo que sea, será de mucha utilidad.**

El pago de los mencionados aportes podrá realizarse depositando un sobre en el buzón habilitado en la oficina de cooperadora o mediante transferencia bancaria (CBU 0290014800000000355414 Alias: coop.normal.5 ). Luego de realizar la transferencia solicitamos enviar el comprobante a [cooperadora.ens5de5@bue.edu.ar](mailto:cooperadora.ens5de5@bue.edu.ar)

Los invitamos a contactarse con nosotros ante cualquier inquietud o consulta, mediante el correo electrónico de la cooperadora más arriba mencionado.

Los saludamos muy cordialmente,

Asociación cooperadora ENS N° 5

Firma:

Aclaración:

DNI:

ENS N° 5 DE N° 5 "Gral. Don Martín Miguel de Güemes"  
Ministerio de Educación - GCBA

- SALUD - 2025

Apellido y nombre: .....

DNI: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Curso: ..... División: .....

Teléfonos de contacto en caso de emergencia: .....

Obra social: ..... N° afiliado: .....

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		
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		
Alergias		
Tos crónica		
Problemas de pieal		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultades para respirar		
Toma medicación habitual		

Observaciones: (Detalle de las respuestas afirmativas):

En caso de padecer alguna de estas enfermedades durante el año, la familia se compromete a informar a las autoridades acompañando con la certificación médica correspondiente.

Firma:

Aclaración:

DNI:

**Simulacro de evacuación**

Por medio de la presente autorizo SI - NO (Tachar lo que no corresponde) al estudiante ..... DNI ..... a participar de los simulacros de evacuación del edificio en el presente ciclo lectivo en la fecha programada por Mitigación de Riesgos.

Firma: .....

Aclaración: .....

**Actos escolares**

Por medio de la presente autorizo SI - NO (Tachar lo que no corresponde) al estudiante ..... DNI ..... a retirarse del establecimiento una vez finalizado el Acto Escolar.

Firma: .....

Aclaración: .....

**Educación física**

Por medio de la presente autorizo SI - NO (Tachar lo que no corresponde) al estudiante ..... DNI ..... a realizar las actividades de educación física en el predio de California 1855. En caso de no poder utilizarse el predio anteriormente mencionado, las actividades correspondientes se realizarán en el anexo de Cnel. Rico 751.

Firma: .....

Aclaración: .....



ENS N° 5 DE N° 5 "Gral. Don Martín Miguel de Güemes"  
Ministerio de Educación - GCBA

• **Datos del adulto responsable 2 - Parentesco:** .....

Apellido y nombre: .....

Nacionalidad: ..... CUIL N°: .....

Domicilio actualizado: ..... Piso/Dto: .....

Localidad: ..... Código Postal: .....

Teléfono de contacto 1: ..... Teléfono de contacto 2:.....

Ocupación: .....

Correo electrónico: .....@ ..... Firma: .....

• **AUTORIZACIONES**

**Adultos autorizados a retirar al estudiante**

Por medio de la presente autorizo a las siguientes personas mayores de 18 años a retirar al estudiante .....DNI .....en caso de necesidad o urgencia

Apellido y nombre	DNI	Teléfono	Parentesco	Firma de quien autoriza

**Salida anticipada - Ingreso tardío**

Por medio de la presente autorizo SI - NO (Tachar lo que no corresponde) al estudiante ..... DNI ..... a retirarse anticipadamente a la finalización de la jornada o presentarse luego del horario de inicio de las clases si los/las docentes hubieran dado aviso de su ausencia con antelación. (Art 40 inc 6 - Reglamento Escolar)

Firma: .....

Aclaración: .....



Fichas de inscripción ciclo lectivo 2025

Completar todos los datos con letra de imprenta clara y legible

Curso al que se inscribe:

• Datos del estudiante

Apellido y nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... CUIL N°: ..... - ..... - .....

Nacionalidad: .....

Domicilio actualizado: ..... Piso/Dto: .....

Localidad: ..... Código Postal: .....

Teléfono celular: .....

Correo electrónico: .....@alu.edu.ar

Correo electrónico alternativo: .....@ .....

Espacios curriculares adeudados (aclarar de qué año):

• Datos del adulto responsable 1 - Parentesco: .....

Apellido y nombre: .....

Nacionalidad: ..... CUIL N°: .....

Domicilio actualizado: ..... Piso/Dto: .....

Localidad: ..... Código Postal: .....

Teléfono de contacto 1: ..... Teléfono de contacto 2: .....

Ocupación: .....

Correo electrónico: .....@..... Firma: .....



C.U.E.: 0201328.00

ESTABLECIMIENTO: Escuela Normal Superior N° 5  
"Gral. Don Martín Miguel de Güemes"



L: F:

LA PRESENTE PLANILLA CONTIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

CABA.....de.....

**1-Datos del aspirante.**

Apellido y nombre del alumno:.....

Tipo de documento y número:.....CUIL.....

Lugar de nacimiento:.....Fecha:.....

**2- Datos de Domicilio**

Dirección.....

Provincia:.....

Localidad:.....

¿Vive en un radio de diez cuadras de la escuela? O si O no

**3 - Datos de Adulto Responsable del Alumno (Madre/Padre o Tutor)**

Apellido y nombre:.....

Tipo y número de documento:.....CUIL.....

Domicilio:.....

Teléfono celular:.....Teléfono fijo:.....

**4- Datos Adicionales del alumno/a**

Escuela de la cual proviene.....D.E.....

¿Repitió algún grado?

si	no
----	----

En caso afirmativo, ¿Cuál?.....

5-¿Tiene hermanos en la Escuela donde se inscribe?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Año: ..... Nivel.....
6- ¿Es hijo del personal del establecimiento donde lo inscribe?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	

7- Sistema de salud que utiliza:

.....

Problemas de salud existentes (físicos – motores – alergias – visión – etc)

.....



C.U.E.: 0201328.00

ESTABLECIMIENTO: Escuela Normal Superior N° 5  
"Gral. Don Martín Miguel de Güemes"

L: F:

**MATRÍCULA NUEVOS INGRESANTES**

APELLIDOS COMPLETOS	
NOMBRES COMPLETOS	
DNI	FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	
DOMICILIO	
COD.POSTAL	LOCALIDAD/ PROVINCIA

ELECCIÓN DE IDIOMA (Indicar en orden de prioridad Inglés, Francés o Italiano)			
LENGUA EXTRANJERA	1)	2)	3)

1º RESPONSABLE: APELLIDO Y NOMBRES		
PARENTESCO	DNI	CUIL
DOMICILIO		
TELÉFONOS:	CORREO ELECTRÓNICO:	

2º RESPONSABLE: APELLIDO Y NOMBRES		
PARENTESCO	DNI	CUIL
DOMICILIO		
TELÉFONOS:	CORREO ELECTRÓNICO:	

**DOCUMENTACIÓN PRESENTADA FECHA**

PART NAC	VACUNAS / LOSE	CERT 7	FOLIO OFICIO	CONST DOM O SERVICIO	<u>FIRMA RESP</u>
DNI	CONST 7	DNI RESP	CONS HERMANO/S		<u>FIRMA DTO ALUM</u>

**DOCUMENTACIÓN PRESENTADA COMPROBANTE FECHA**

PART NAC	VACUNAS / LOSE	CERT 7	FOLIO OFICIO	CONST DOM O SERVICIO	<u>FIRMA RESP</u>
DNI	CONST 7	DNI RESP	CONS HERMANO/S		<u>FIRMA DTO ALUM</u>

(SE TACHA LO PRESENTADO)



**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
<i>- En caso de hermanos que concurren a escuela pública se deberá adjuntar constancia de alumno regular -</i>					
					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)**

<input type="checkbox"/> Si	Diagnóstico	Gasto mensual derivado de dicha enfermedad crónica: \$ .....
<input type="checkbox"/> No		

**- 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 menús 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