

**INSCRIPCION AÑO:**

SALA - GRADO :

TURNO:

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellido:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

DNI:

Domicilio:

Código Postal:

Teléfono:

Instituto del que proviene:

Observaciones Médicas:

Grupo y Factor Sanguíneo:

Obra Social o Cobertura Médica:

Numero de Afiliado:

**DATOS DE LA FAMILIA**

**PADRE**

Apellido:

Nombre:

Domicilio:

Código Postal:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

DNI:

Estudios Cursados:

Carrera:

Ocupación:

Domicilio Laboral:

Teléfonos Laborales:

**MADRE:**

Apellido:

Nombre:

Domicilio:

Código Postal:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

DNI:

Estudios Cursados:

Carrera:

Ocupación:

Domicilio Laboral:

Teléfonos Laborales:

**HERMANOS:**

Nombre

Fecha de Nacimiento

Cursa en:

**DATOS ADMINISTRATIVOS**

A nombre de quien se debe emitir la factura:

Nombre, apellido o razón social:

Nro. de CUIT / CUIL:

Modo de pago elegido:

Pago mis cuentas:

Transferencia / Depósito:

En caso de hacer transferencia o depósito:

(Recuerde que no se tomará en cuenta el pago hasta no recibir la fecha e importe vía email)

[info@septiembre.esc.edu.ar](mailto:info@septiembre.esc.edu.ar)**Firma****Aclaración****TELÉFONOS ALTERNATIVOS EN CASO DE EMERGENCIA :**

Esta Inscripción está sujeta a los resultados de las evaluaciones de fin de año y en relación a disposiciones legales vigentes.