



SOLICITUD DE ADMISIÓN

INSTRUCCIONES

- 1) Completar esta Solicitud de Admisión a máquina o con letra IMPRENTA perfectamente legible, sin omitir datos.
- 2) Adjuntar:
 - Foto reciente del solicitante
 - Fotocopia del último boletín de calificaciones
 - Informe Socio-Educativo de la escuela
 - Libre deuda si estaba asistiendo a una escuela privada
- 3) Enviar toda la información por e-mail o fax al I.A.B.

El enviar esta Solicitud no implica ser aceptado automáticamente, ya que para serlo deberá recibir una respuesta afirmativa de parte de la Comisión de Admisión. Luego de recibir una respuesta afirmativa a esta solicitud, deberá abonar la primera cuota. El derecho de admisión es unilateral. La institución se reserva el derecho de admitir o no admitir alumnos inscriptos y/o matriculados en años anteriores".

USO OFICIAL

FECHA DE RECEPCIÓN: / /

FECHA DE CONTESTACIÓN: / /

INFORME DE LA COMISIÓN: SI NO

OBSERVACIONES:

DATOS DEL ALUMNO

FOTO
reciente
del solicitante

Apellidos:

Nombres:

DNI: Fecha de Nac: / / Sexo: M F

Nacionalidad: Edad:

Domicilio-Calle: Número:

Piso: Dpto: Barrio:

Código Postal: Localidad:

Provincia País

Teléfono: Celular: E-mail:

Si es adventista del 7mo Día, ¿es bautizado? SI NO Iglesia a la que asiste

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Institución de la que proviene:

Domicilio: Número: Cód. Postal: Teléfono:

Último año/cursado completo o cursado (indicar modalidad) ¿Cuándo?

¿Cursará como repitente? ¿Tiene asignaturas pendientes? ¿Cuáles?

Ingresará a:

EPB 1° 2° 3° 4° 5° 6°

ES (Humanidades y Ciencias Sociales) 1° (ex 7°) 2° (ex 8°) 3° (ex 9°)

4° (ex 1° Polimodal) 5° (ex. 2° Polimodal) 6° (ex. 3° Polimodal)

DATOS SOBRE LA SALUD

Altura: Peso: Grupo Sanguíneo:

¿Tiene algún problema de salud?: ¿Cuál?:

¿Tiene algún problema que le impida realizar actividad física o manual? ¿Cuál?

¿Tiene algún problema de aprendizaje? Hipoacusia Dislexia Síndrome Atencional Otro/s:

¿Recibe atención médica? ¿Fuma? SI NO

¿Consume bebidas alcohólicas? SI NO ¿Consume otra/s sustancias adictivas? SI NO

Es alérgica/o a

VIDA ESTUDIANTIL

¿Desea reservar una vacante para añadir a sus estudios regulares?

Piano Flauta Traversa Saxo Clarinete Órgano Canto Inglés

Solicita ser alumno Interno (hospedarse en las residencias estudiantiles)

Para quien solicite ser alumno Interno: Notificamos que el Centro de Formación Profesional (Taller de Aprendizaje Manual) integra la propuesta institucional para quienes hayan optado por la modalidad de "alumno interno".

Solicita ser alumno Externo - Vivirá con Parentesco

Para quien solicite ser alumno Externo: ¿Desea reservar una vacante en el Centro de Formación Profesional (Taller de Aprendizaje Manual) para realizar los cursos que se ponen a su disposición, a los fines de su capacitación? SI NO

FILIACIÓN DE PADRE / MADRE / TUTOR

¿Padre o Tutor?:

Apellidos:

Nombres:

Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

DNI: Profesión

Estado Civil: Casado Divorciado Otro

¿Viven Juntos? SI NO

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Si es Adventista ¿Es bautizado? SI NO

Iglesia a la que asiste:

(Completar si difieren a los del alumno)

Dirección:

Nro: C.Postal:

Localidad: Provincia:

¿Madre o Tutora?:

Apellidos:

Nombres:

Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

DNI: Profesión

Estado Civil: Casado Divorciado Otro

¿Viven Juntos? SI NO

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Si es Adventista ¿Es bautizado? SI NO

Iglesia a la que asiste:

(Completar si difieren a los del alumno)

Dirección:

Nro: C.Postal:

Localidad: Provincia:

INFORMACIÓN FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO

Apellido y Nombre: DNI

Profesión: Estado Civil: Casado Divorciado Otro ¿Viven Juntos?

E-mail:

Teléfono: Celular:

Si es Adventista ¿Es bautizado? SI NO Iglesia a la que asiste:

(Completar si difieren a los del alumno)

Dirección-Calle: Número:

Piso: Dpto: Barrio: Código Postal:

Localidad: Provincia País

RECOMENDACIONES

* Para jóvenes pertenecientes a la Ig. Adventista, deberá acompañar a esta solicitud una **carta de recomendación** escrita de parte del **Pastor** que acredite su identificación con la Iglesia local.

* Si no fuera miembro de la Ig. Adventista, la recomendación deberá ser dada por algún ex alumno o persona conocida por el IAB.

Yo (Apellido y Nombre)

Domiciliado en: Teléfono:

e-mail: doy fe que conozco al alumno

..... y estoy seguro que podrá convivir en la comunidad educativa del Instituto

Adventista Balcarce en armonía con los principios y normas que éste sustenta.

_____/_____/_____
Fecha

Firma

Ocupación

COMPROMISO

Al completar y firmar el presente, declaramos que tenemos conocimiento de que el Instituto Adventista Balcarce confeccionará una base de datos que tendrá carácter confidencial que es indispensable a los fines de la realización de su actividad, no pudiendo ser transferida a terceros sin nuestro expreso consentimiento. Además, tomamos conocimiento de que si deseamos remover o actualizar los datos de dicha base, podremos hacerlo notificando fehacientemente del hecho al Instituto. Los datos que contiene este formulario son dados con nuestro total, libre e informado consentimiento según ley 25.326.

Hacemos constar que la firma y los datos consignados en este formulario, son fidedignos y nos responsabilizamos a cancelar mensualmente el arancel correspondiente a los servicios educativos brindados. Nuestro hijo/a, si fuere aceptado como alumno/a, se compromete a observar y mantener en alto las normas e ideales expresados en el Manual de Convivencia y Disciplina del Instituto y toda otra norma que emane de las autoridades de la Institución.

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del resp. Financiero

Firma del alumno/a

Aclaración del padre

Aclaración de la madre

Aclaración del resp. Financiero

Aclaración del alumno/a