

Colegio Agropecuario Realicó
FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS
Universidad Nacional de La Pampa

SOLICITUD DE MATRICULACIÓN

APELLIDO DEL/DE LA ESTUDIANTE: _____

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE: _____

DNI: _____

CUIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

LOCALIDAD DE NACIMIENTO: _____

PROVINCIA: _____

NACIONALIDAD: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____

FACTOR SANGUÍNEO: _____

¿ES ALÉRGICO/A? ¿A QUE? _____

OBRA SOCIAL: _____

**EN CASO DE URGENCIAS
COMUNICARSE CON:**

APELLIDO Y NOMBRE:

TELÉFONO:

¿AUTORIZA la publicación y promoción de imágenes y videos de actividades institucionales en los que aparezca que su hijo/a?

SI

☐

NO

☐

Firma del adulto responsable

¿AUTORIZA que su hijo/a pueda realizar actividades pedagógico-didácticas fuera del predio escolar acompañados por un adulto cada diez (10) alumnos según lo establece la normativa?

SI

☐

NO

☐

Firma del adulto responsable

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIROS:

1

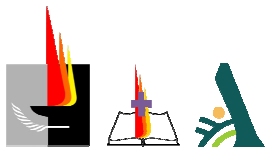
APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____

2

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____



DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

DATOS DEL PADRE:

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

CUIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCOLARIDAD: _____

PROFESIÓN: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FIRMA REGISTRADA DEL PADRE:

(dentro del cuadro)

DATOS DE LA MADRE:

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

CUIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCOLARIDAD: _____

PROFESIÓN: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FIRMA REGISTRADA DE LA MADRE:

(dentro del cuadro)