

SOLICITUD DE MATRICULA

DIA	MES	AÑO

REPITE	
SI	NO

Sr/a. Rector/a del Colegio N° 6 DE 2, quien suscribe solicita a usted quiera disponer se le expida matrícula de inscripción en AÑO

CURSO	DIVISION	TURNO	ORIENTACION	IDIOMA	MATRICULA

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre y apellidos completos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nacionalidad: _____

DNI/CI/ Pasaporte N°: _____

Domicilio: _____ Piso: _____ Departamento: _____

Teléfonos de contacto: _____

Establecimiento del que procede: _____ Curso y división: _____

Materias que adeuda (Previas/Pendientes): _____

DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE

Nombre y apellidos completos: _____ Vínculo parental: _____

Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Piso: _____ Departamento: _____

DNI/CI/ Pasaporte N°: _____ Ocupación/Profesión: _____

Teléfonos de contacto: _____

Correo electrónico (e-mail): _____

AUTORIZACIONES	Seleccione opción		FIRMA
Salida/Retiro anticipado (Res. 1941 SED 2033)	SI	NO	
Autorización de uso de imagen	SI	NO	

DOCUMENTACIÓN QUE ADEUDA:

CURSO	DIVISION	TURNO	ORIENTACION	IDIOMA	MATRICULA

Nombre y apellido del ESTUDIANTE: _____

DNI/CI/Pasaporte N°: _____

Nombre y apellido del ADULTO RESPONSABLE: _____

DNI/CI/Pasaporte N°: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Piso: _____ Departamento: _____

Teléfonos: _____

AUTORIZACIONES	Seleccione opción		FIRMA
Salida/Retiro anticipado (Res. 1941 SED 2033)	SI	NO	
Autorización de uso de imagen	SI	NO	