

Datos personales					
Apellidos: _____					
Nombres: _____					
Tipo de documento:					
<input type="checkbox"/>	Cedula Mercosur	<input type="checkbox"/>	D.N.I.		
<input type="checkbox"/>	Pasaporte Extranjero	<input type="checkbox"/>	C.I.		
<input type="checkbox"/>	Cedula de Identidad Extranjera	<input type="checkbox"/>	L.C		
<input type="checkbox"/>	Otro Documento extranjero	<input type="checkbox"/>	L.E		
<input type="checkbox"/>	No posee	<input type="checkbox"/>	En trámite		
Número de documento: _____					
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____					
Nacionalidad: _____					
País de nacimiento: _____					
Provincia de nacimiento: _____					
Localidad de nacimiento: _____					
Sexo: _____					
Estado Civil: _____					
Número de teléfono: _____					
E-mail: _____ @ _____					
Planes y servicios					
Tipo de Beneficio:					
<input type="checkbox"/>	Alimentario	<input type="checkbox"/>	Transporte		
<input type="checkbox"/>	Asignación Social	<input type="checkbox"/>	Becas		
Seleccione Servicios Alimentarios					
<input type="checkbox"/>	Desayuno	<input type="checkbox"/>	Almuerzo	<input type="checkbox"/>	Refrigerio
<input type="checkbox"/>	Merienda	<input type="checkbox"/>	Cena	<input type="checkbox"/>	Cena
<input type="checkbox"/>	Comedor	<input type="checkbox"/>	Vianda	<input type="checkbox"/>	copa de leche
<input type="checkbox"/>	Refuerzo alimentario	<input type="checkbox"/>	Bolzon alimentario		
Seleccione Beneficio de Transporte					
<input type="checkbox"/>	SI, I Boleto Escolar	<input type="checkbox"/>	SI, I Boleto Estudiantil		
<input type="checkbox"/>	SI, I transporte				
Seleccione Becas					
<input type="checkbox"/>	Progresar	<input type="checkbox"/>	Egresar		
Seleccione tipo de Asignación Social					
<input type="checkbox"/>	Asignación por embarazo	<input type="checkbox"/>	Pensión por discapacidad		
<input type="checkbox"/>	Asignación universal por hijo	<input type="checkbox"/>	Madre de 7 hijos		
<input type="checkbox"/>	Discapacidad pensión graciable	<input type="checkbox"/>	Ellas hacen		
Contexto de Encierro					
Tipo de Institución: _____					
Fecha de Inicio: _____ Fecha de Fin: _____					

Domicilio			
País: _____ Provincia: _____			
Localidad: _____			
Calle: _____			
Número: _____ Referencia: _____			
Piso: _____ Depto.: _____			
Barrio: _____ Cód. Postal: _____			
Fecha de actualización: _____			
Datos Familiares (Padre/Madre/Tutor)			
Datos personales			
CUIL: _____			
Relación de parentesco: _____			
Máximo nivel educativo alcanzado:			
Apellidos: _____			
Nombres: _____			
Tipo de documento:			
Número de documento: _____			
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____			
Nacionalidad: _____			
País de nacimiento: _____			
Ocupación: _____			
Domicilio			
País: _____ Provincia: _____			
Localidad: _____			
Calle: _____			
Número: _____ Cód. Postal: _____			
Piso: _____ Depto.: _____			
Datos Complementarios			
Detalle de Discapacidad (Completar solo si corresponde)			
Tipo de Discapacidad: _____			
¿Cuenta con docente de apoyo a la inclusión?			
<input type="checkbox"/>	Si, del Sector Estatal	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Si, del Sector Privado		
¿Cuenta con CUD?			
<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Interculturalidad			
¿Se reconoce indígena o como perteneciente a alguna comunidad aborigen y/o pueblo indígena?			
<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
¿Cuál? : _____			
¿Es hablante de una lengua indígena/originaria?			
<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no
¿Cuál? : _____			

* El presente tiene calidad de declaración Jurada, los datos recabados son confidenciales, aplicándose la normativa nacional vigente

