



INSCRIPCIONES CICLO LECTIVO 2026

SALA DE 3-4-5 AÑOS

IMPORTANTE: Los datos suministrados tiene carácter de declaración jurada. Entregar la planilla completa junto con fotocopia de Dni de alumno aspirante (sin excepción)

Este formulario se debe entregar completo, entre el 18 y el 30 de agosto en el Jardín, Vélez Sarfield 554, Luján.

Se recibirá exclusivamente en el horario de 9 a 11 y de 14 a 16. Inscripciones fuera de termino, quedaran sujetos a la disponibilidad.

Respetando el orden de prioridades (*) y teniendo en cuenta las vacantes disponibles, se confeccionarán los listados. Serán notificados por wsp quienes tengan confirmada la admisión y se les informarán los pasos a seguir para realizar la Reserva de Vacante.

Quienes no sean notificados, quedarán en una lista de espera y si se produjera una vacante, la institución realizará las entrevistas correspondientes.

(*) ORDEN DE PRIORIDADES

- 1.- Hermanos/as de los actuales alumnos/as de los tres Niveles de la Institución
- 2.- Hijos/as del personal en actividad
- 3.- Vecinos del barrio de la institución
- 4.- Hijos/as de ex alumnos/as que hayan egresado del Nivel Secundario
- 5.- Comunidad en general.

DATOS DEL/LA ASPIRANTE

Sala en la que se inscribe: 3 (*) 4 5

(*) EL ALUMNO INGRESANTE DEBERA TENER LOS 3 AÑOS CUMPLIDOS AL 30/6/ 2026

Turno de preferencia (sujeto a disponibilidad) T.M. T.T. T. indistinto
(Marcar con una X el elegido)

Apellido y nombre	
DNI	
Edad	
Lugar y fecha de nacimiento	
Domicilio, Barrio y Localidad	
Bautismo: Fecha y lugar	
Institución de procedencia (Jardín maternal /Guardería)	
1.-Relacion con la institución	☐ Hermano/a en la institución: Nombre Nivel y año que cursa..... ☐ Hijo de docente de esta Institución ☐ Hijo de ex alumno: Madre..... Padre..... Es egresado de la escuela? SI NO - En que año?..... ☐ Vive en el barrio del jardín Domicilio..... ☐ Ningún vinculo.....
2-¿Posee alguna cuestión de salud que la institución deba informar?	NO SI (Marcar con una X el elegido) Breve descripción ...



3-¿Realiza tratamiento con profesionales específicos?	NO ☐ SI ☐ (Marcar con una X el elegido)
	Psicológico ☐ Terapia ocupacional ☐
	Fonoaudiológico ☐ Neurológico ☐
	Psicopedagógico ☐ Otro ☐ ¿cuál?.....

Todos estos datos, serán verificados con los registros institucionales

RESPONSABLE PARENTAL 1	
Apellido y nombre	
Vínculo con el/la aspirante	
Vive con el/la aspirante	NO ☐ SI ☐ (Marcar con una X el elegido)
DNI	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Dirección	
TEL cel	
Correo electrónico	
Profesión/ocupación	
Trabajo	NO ☐ SI ☐ (Marcar con una X el elegido) Lugar:

RESPONSABLE PARENTAL 2	
Apellido y nombre	
Vínculo con el/la aspirante	
Vive con el/la aspirante	NO ☐ SI ☐ (Marcar con una X el elegido)
DNI	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Dirección	
TEL cel	
Correo electrónico	
Profesión/ocupación	
Trabajo	NO ☐ SI ☐ (Marcar con una X el elegido) Lugar:

Comente brevemente por qué elige esta institución para la educación del aspirante

.....

.....

FIRMA ADULTO RESPONSABLE

ACLARACIÓN.....

DNI.....

FECHA.....