Instituto Nuestra Sra. del Huerto (A-97)
Avda. Independencia 2140
C1225AAQ *Ciudad de Buenos Aires*

TEL: 4942-4585/0583
e-mail: administracion@nshuertorincon.edu.ar
www.nshuertorincon.edu.ar

RESERVA DE VACANTE AÑO 2027 NIVEL PRIMARIO Grado…… División……..

Es indispensable consignar TODOS los datos completos con letra clara de imprenta y sin abreviaturas

FECHA:……/……/……

INGRESANTE EXTERNO	ALUMNO DEL COLEGIO

(TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

DEL ALUMNO

Nombre y Apellido:.....
(Completos de acuerdo a la Partida de Nacimiento).

Edad: ..... años Fecha de Nacimiento: ..... Lugar:…….....DNI Nº ……
Nacionalidad: ..... ¿Con quién vive el alumno? Padre…….Madre……Otros……..
Domicilio:.....Piso……Dto. ……CP……TE……
OBRA SOCIAL /MEDICINA PREPAGA ……...Nº AFILIADO ……
Establecimiento del que procede:.....
Curso al que perteneció en 2026:..... Grado:…….:.....Turno:.....

UN TELEFONO PARA COMUNICARSE EN EL HORARIO ESCOLAR ……..

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:

NOMBRE y APELLIDO	PARENTESCO	TELÉFONO

NOMBRE Y APELLIDO MADRE/PADRE/TUTOR :….....
Tipo de documento:.....Número:.....Domicilio.....CP……
Nacionalidad:.....Profesión..... Celular:.....
E-mail…… Empresa:……..Domicilio Empresa:.....
.

NOMBRE Y APELLIDO MADRE/PADRE/TUTOR :.....
Tipo de documento:.....Número:.....Domicilio……..:.....CP……
Nacionalidad:.....Profesión.....Celular:.....
E-mail……..Empresa:.....Domicilio Empresa:.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL TUTOR (en caso de corresponder) ……
……Tipo y Nº Documento …….

	HERMANOS EN EL COLEGIO	
Nombre y Apellido	.	Grado/curso
Nombre y Apellido		Grado/curso
Nombre y Apellido		Grado/curso

....
Firma Padre, Madre o Tutor Firma del solicitante

Control secretaría	Control administración

Nota: cualquier modificación en los datos precedentes deberán ser comunicados a la Dirección y la Administración del Establecimiento dentro de las 24 hs. de producidos.