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 MEDIO. AÑO/ORIENTACIÓN……

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. Nª…….
Nacionalidad:..... ¿Con quién vive el alumno? Padre……Madre……Otros……..
Domicilio:…..Piso……Dto. …….C.P.:.....T.E.:.....
OBRA SOCIAL /MEDICINA PREPAGA …….. Nº AFILIADO ……
Establecimiento del que procede:…..
Curso al que perteneció en 2026:..... Año División:..... Turno:.....
Materias que adeuda:.....

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 administración del Establecimiento A LA BREVEDAD