



Susana N° 1106 esq. Julio A. Roca
Partidora (B800) - Argentina
Tel: (03717) 428174 - Administración Cel.: (03717) 15961737 / 15712924

Email: colegioespacios@yahoo.com.ar
www.colegioespacios.com.ar

COLEGIO PRIVADO ESPACIOS

NOTIFICACION PARA LOS SEÑORES PADRES O TUTORES

Condiciones indispensables para la matriculación, permanencia y re matriculación en años siguientes en la Institución:

1- Al ser considerado el respeto mutuo como una de los principales valores que propicia la Institución, toda forma de violencia o actitudes de discriminación serán consideradas faltas graves pasibles de sanción que van desde llamado de atención hasta cambio de Institución según lo establecen los Acuerdos Escolares de Convivencia.

2- El colegio se obliga:

a) A ofrecer una educación integral, de acuerdo con los fines de la Educación Nacional, los Lineamientos Curriculares Jurisdiccionales y el ideario del Proyecto Educativo Institucional.

b) A desarrollar los planes y programas establecidos mediante el Proyecto Educativo institucional.

c) A cumplir y exigir el cumplimiento del Acuerdo Escolar de Convivencia del Establecimiento.

d) A prestar en forma regular el servicio educativo contratado dentro de las prescripciones legales, cuyo costo se estipula en planilla de Aranceles que se adjunta a la presente.

3- El colegio tiene los siguientes derechos:

a) A exigir el cumplimiento del Acuerdo Escolar de Convivencia por parte del estudiante y de los deberes académicos que se derivan del servicio.

b) A exigir a los padres el cumplimiento de sus obligaciones económicas con la Institución como responsables del Estudiante. Para garantizar el pago de la suma de dinero correspondiente al precio, los padres del estudiante se obligan a constituir y a aceptar un pagaré, por la cantidad determinada el que será ejecutado por su valor total o por los saldos insolutos, cuando el obligado no pague tres (3) cuotas de las establecidas.

c) A recuperar los costos incurridos en el servicio y a exigir y lograr el pago de los derechos correspondientes a matrícula y otros cobros, por todos los medios lícitos a su alcance.

d) A reservar el derecho de no renovación de matrícula según estipulaciones del Acuerdo Escolar de Convivencia, por razones de comportamiento o situaciones que requieren un tratamiento especial.



Sede: Avda N° 1106 esq. Julio A. Roca
Partidora (B800) - Argentina
Tel: (03717) 428174 - Administración Cel: (03717) 15961737 / 15712924

Email: colegioespacios@yahoo.com.ar
www.colegioespacios.com.ar

COLEGIO PRIVADO ESPACIOS

e) A reservar el derecho de no renovación de matrícula si al momento de la matriculación del siguiente ciclo lectivo los padres mantengan deudas con la Institución o hayan incurrido en más de dos cuotas impagas en tiempo y forma a lo largo del año.

Al completar y firmar el presente, declaramos que tenemos conocimiento de el Colegio Privado Espacios confeccionará una base de datos que tendrá carácter confidencial que es indispensable a los fines de la realización de su actividad, no pudiendo ser transferida a terceros sin nuestro expreso consentimiento. Además, tomamos conocimiento de que si deseamos remover o actualizar los datos de dicha base, podremos hacerlo notificando consentimiento.

Hacemos constar con nuestra firma que los datos consignados son fidedignos y tienen valor de Declaración Jurada.

Como solicitante: me comprometo voluntariamente a observar y mantener en alto las normas de conducta e ideales expresados en el Acuerdo Escolar de Convivencia de esta institución y toda otra disposición que emane de las autoridades de la institución que he elegido como mía.

Como responsable financiero: me comprometo a cancelar mensualmente el arancel correspondiente a los servicios educativos brindados por la institución.

Como padre, madre o tutor/a: me comprometo a apoyar a las autoridades del Colegio Privado Espacios en todo lo que esta institución determine como parte de la formación que deseo para mi hijo. Identificándome plenamente con sus principios y normas educativas.

Firma del Director:

Apellido y Nombre del Padre/Madre o Tutor:

N° de Documento:

Firma:



Susana N° 1106 esq. Julio A. Roca
Partidora (B8000) - Argentina
Tel: (03717) 428174 - Administración Cel: (03717) 15961737 / 15712824

Email: colegioespacios@yahoo.com.ar
www.colegioespacios.com.ar

COLEGIO PRIVADO ESPACIOS

Solicitud de Matriculación del Estudiante

Ciclo Lectivo: 2014

Información del Estudiante								
Curso								
Apellidos								
Nombres								
N° DNI								
N° CUIL								
Lugar y Fecha de Nacimiento								
Información del Domicilio								
Barrio								
Calle/N° - Mz./Pla - Dto								
Teléfono Fijo								
Teléfono Celular								
Correo Electrónico								
Información Académica								
Institución Anterior								
Curso Anterior								
Asignaturas que adeudan								
Necesidades educativas especiales (Por favor escriba)								
Idioma:	<table border="1"><tr><td>NIVEL</td><td>Básico</td><td></td><td>Intermedio</td><td></td><td>Avanzado</td><td></td></tr></table>	NIVEL	Básico		Intermedio		Avanzado	
NIVEL	Básico		Intermedio		Avanzado			
Actividad artística (Por favor describa)								
Deporte/s que practica								

Información de los Padres/Tutores								
Parentesco	Padre		Madre		Abuelo		Abuela	
	Padrastra		Madrastra		Tutor		Otros	
Apellido y Nombres								
	¿Vive con el Estudiante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Domicilio								
Teléfonos	Casa:		Celular:		Trabajo:			
Correo Electrónico								



Sesvedra N° 1106 esq. Julio A. Roca
 Parramos 38000 - Argentina
 Tel: (03717) 438174 - Administración Cel.: (03717) 15961737 / 15712924

Email: colegioespacios@yahoo.com.ar
www.colegioespacios.com.ar

COLEGIO PRIVADO ESPACIOS

Ocupación								
Empleador								
Domicilio Laboral								
Información de los Padres/Tutores								
Parentesco	Padre		Madre		Abuelo		Abuela	
	Padrastra		Madrastra		Tutor		Otros	
Apellido y nombres								
	¿Vive con el Estudiante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Domicilio								
Teléfonos	Casa:		Celular:		Trabajo:			
Correo Electrónico								
Ocupación								
Empleador								
Domicilio Laboral								
Contactos de Emergencias Adicionales								
Apellidos y Nombres								
	Relación con el estudiante:							
Teléfonos	Casa:		Celular:		Compañía:		Trabajo:	
Declaro bajo juramentos que todos los datos consignados son veraces y exactos								
Fecha	Firma del Padre/ Adulto Responsable							
Recibió Inscripción								

Documentaciones que adjunta:

Fotocopia de DNI		Certificado de Aptitud Física	
Fotocopia de Partida de Nacimiento		Certificado Dermatológico	
Constancia de CUIL		Certificado Bucodental	
Certificado del Nivel Primario		Certificado de Vacunas	
Constancia de Pase			
Certificado Analítico			
Carpeta colgante			



Susvadra N° 1106 esq. Julio A. Roca
Parroquia [8600] - Argentina
Tel: (03717) 428174 - Administración Cel.: (03717) 12961737 / 19712924

Email: colegioespacios@yahoo.com.ar
www.colegioespacios.com.ar

COLEGIO PRIVADO ESPACIOS

FICHA MÉDICA

Nombre y Apellido:.....
Fecha de Nacimiento:.....DNI.....
Dirección:.....
Tel:.....Tel Alternativo:.....
Dirección de E-Mail:.....
Grupo Sanguíneo:.....
Cobertura Medica:.....N° de afiliados O.S.....
Lugar de Internacion:.....
Edad:.....Altura:.....Peso:.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	SI	NO
¿Fue operado en los últimos 4 meses?		
¿Toma regularmente alguna medicación?		
¿Estuvo internado en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético?		
¿Es asmático?		
¿Es alérgico?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones de ligamentos en los últimos 4 meses?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimento excesiva falla de aire mientras realiza ejercicios físicos?		
¿Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realiza ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realiza ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardiaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardiaco?		

Autorizo a mi hijo/a:..... a ser atendido/a y/o ser derivado/a
Por el servicio de EMERGENCIAS, a nosocomio asignado, según se requiera, las veces que sea necesario.

Fecha:.....

Firma:.....
Aclaración:.....
(Padre, madre o tutor)



Saavedra N° 1105 esq. Julio A. Roca
Formosa (2600) - Argentina
Tel: (03717) 432174 - Administración Cel: (03717) 15961737 / 15712924

Email: colegioespacios@yahoo.com.ar
www.colegioespacios.com.ar

COLEGIO PRIVADO ESPACIOS

SOLICITUD DE BECA

Formosa,.....de.....de 20....

Señores:

Espacios para Creadores S.A
Saavedra 1105 y J. A. Roca
Ciudad

En mi carácter de Padre- Madre-Tutor tengo el agrado de dirigirme a Uds. A los efectos de solicitarle quieran autorizar la matriculación del alumno.....DNI N°..... enaño(curso lectivo) de este establecimiento para lo cual requiero que el arancel Anual establecido sea bonificado con un.....% de descuento.

Motivan esta solicitud las siguientes razones:

Apellido y Nombres:

DNI:.....

Domicilio.....

Teléfono fijo:.....Celular N°.....

Profesión..... lugar de trabajo.....

Sin otro particular saludo a ustedes muy atentamente.

.....

Firma

.....

Aclaración



Sede: Avda N° 1106 esq. Julio A. Roca
Formosa (2600) - Argentina
Tel: (03717) 428174 - Administración Cel.: (03717) 15961737 / 19712924

Email: colegioespacios@yahoo.com.ar
www.colegioespacios.com.ar

COLEGIO PRIVADO ESPACIOS

REGLAMENTO DE BECAS

ARTICULO 1°: La entidad propietaria del Colegio Privado “ESPACIOS” podrá otorgar Becas de estudio para aquellos alumnos cuyos padres o tutores o responsables así lo solicitaran expresamente, por escrito, invocando las razones de solicitud.

ARTICULO 2°: el monto de la beca a conceder será el equivalente al 20%, 50% o 100% de la matrícula anual, según los casos y podrá otorgarse por todo el año o por períodos fraccionados de tres o seis meses según lo determine la empresa.

ARTICULO 3°: Los alumnos que fueran beneficiados con Becas deberán mantener las condiciones de regularidad de asistencias (no superar las 15 inasistencias en el período escolar), disciplina (no registrar amonestaciones) y rendimiento (no registrar notas inferiores a las de aprobación en ningún trimestre o período de calificación)

ARTICULO 4°: En caso de que el alumno beneficiado con Beca, registrara amonestaciones, aplazo o quedara libre por inasistencias, ésta caducará automáticamente, debiendo el padre o tutor o responsable, abonar a partir del mes siguiente la cuota establecida por el servicio educativo.

ARTICULO 5°: En caso de mora con el pago del arancel mensual, por más de un mes, la Beca será cancelada y el padre o tutor deberá abonar el 100% del arancel establecido a partir del mes en mora.

ARTICULO 6°: La Empresa determinará anualmente la cantidad de Becas a otorgar, las que estarán en relación con la situación financiera y la matrícula general.

ARTICULO 7°: La renovación de las Becas concedidas, para el período escolar siguiente estará sujeta al cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 3° y las disponibilidades emergentes de lo establecido en el artículo 6°.

Formosa,.....de.....de20....