



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 2026

## EDUCACIÓN SECUNDARIA



Instituto Privado  
**Fray Luis Beltrán**  
UNION OBRERA METALURGICA  
DIEGEP 4979  
AVENIDA MORENO 401  
ipflbeltran@gmail.com

### DATOS ESTUDIANTE

|                                                                                                                                                                                              |           |                                      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-------|
| Apellido/s:                                                                                                                                                                                  |           | Nombre/s:                            |       |
| Fecha de Nacimiento:      /      /                                                                                                                                                           |           |                                      |       |
| ¿Posee DNI argentino? <input type="checkbox"/> SI, y tiene el DNI físico <input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite                                  |           |                                      |       |
| <input type="checkbox"/> SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite <input type="checkbox"/> NO posee DNI argentino                                                        |           |                                      |       |
| Si respondió SI, indique número de DNI argentino:                                                                                                                                            |           | CUIL:      -      -                  |       |
| Si respondió que NO tiene DNI argentino:    ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                          |           |                                      |       |
| ¿Posee documento extranjero? <input type="checkbox"/> SI, tipo de doc.:      N°: <input type="checkbox"/> NO                                                                                 |           |                                      |       |
| Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer trans / travesti <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Varón trans / masculinidad trans |           |                                      |       |
| <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No desea responder                                                                                |           |                                      |       |
| Lugar de nacimiento: <input type="checkbox"/> En Argentina <input type="checkbox"/> En el extranjero                                                                                         |           | Nacionalidad:                        |       |
| Solo para quienes marcaron Argentina:    Provincia: <input type="checkbox"/> Buenos Aires <input type="checkbox"/> Otra (especificar):                                                       |           |                                      |       |
| Solo para quienes marcaron Buenos Aires:    Distrito:                                                                                                                                        |           | Localidad:                           |       |
| <b>DOMICILIO</b>                                                                                                                                                                             | Calle:    | N°:                                  | Piso: |
|                                                                                                                                                                                              | Torre:    | Depto:                               |       |
| Entre calle:                                                                                                                                                                                 | y calle:  | Otro dato:                           |       |
| Provincia:                                                                                                                                                                                   | Distrito: | Localidad:                           |       |
| Teléfono: (cód. área:      )                                                                                                                                                                 |           | Teléfono celular: (cód. área:      ) |       |

### OTROS DATOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Hermanas o hermanos: <input type="checkbox"/> SI    Cantidad:      Cantidad que asiste a este establecimiento:                                                                                                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> NO tiene hermanas o hermanos                                                                                                                                                                                                                      |  |
| ¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                            |  |
| En caso afirmativo:    Lengua/s indígena/s: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Otra/s lengua/s: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                          |  |
| ¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                  |  |
| Percibe:    Asignación Universal por Hijo (AUH): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Progresar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                           |  |
| Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> A pie/Bicicleta <input type="checkbox"/> Transporte escolar DGCyE <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/> Taxi/Remis <input type="checkbox"/> Otro |  |
| Contestan estudiantes de 14 años y más:                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| ¿Tiene hijas o hijos menores de 3 años? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      ¿Asisten a una sala del Proyecto de Salas Maternales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                         |  |

### INFORMACIÓN DE SALUD

|                                                                                                                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ¿Posee obra social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    En caso afirmativo: Obra social: | N° Afiliado: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

### ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

|                                                                                                         |                          |                                                                                |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO) |                          |                                                                                |                          |                          |
| SI                                                                                                      | NO                       | SI                                                                             | NO                       |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> | Falta o no funcionamiento de algún órgano                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> | Enfermedad oncohematológica                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> | Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> | Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> | Otro problema en los huesos o articulaciones                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> | Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                | <input type="checkbox"/> | Problemas de piel                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:



|                          | SI                       | NO                       |                                                                   | SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Desmayos                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor fuerte en el pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Palpitaciones                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar durante o después de la actividad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

|                                                        | SI                       | NO                       | ¿Cuántas veces? | Indique la/s causa/s o diagnóstico/s |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Internación en sala común                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |                                      |
| Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |                                      |

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

|              | SI                       | NO                       | ¿Requirió internación?                                  | SI                                       | NO                       | ¿Requirió internación?   | SI                                                      | NO |
|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|----|
| Medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Picaduras de Insectos                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |    |
| Vacunas      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |    |
| Alimentos    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Otras                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |    |

¿Tiene disminución auditiva? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa audífonos? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene disminución visual? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo: ¿Usa lentes? ☐ SI ☐ NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? ¿en qué año?

### ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD

¿Algún familiar directo padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

|                                                       | SI                       | NO                       |             | SI                       | NO                       |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Celiaquía   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

|                                                                         |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Distrito: <b>SAN NICOLÁS</b>                                            | Sector de gestión: <input type="checkbox"/> Estatal <input checked="" type="checkbox"/> Privado |
| Nombre escuela: <b>INSTITUTO PRIVADO FRAY LUIS BELTRÁN</b>              | Nº: <b>4979</b>                                                                                 |
| A completar por el establecimiento: Clave provincial: <b>4097MT4979</b> | CUE: <b>060717600</b>                                                                           |

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA

(Completar solo si el año pasado o este año asistió a otro establecimiento)

País: ☐ Argentina ☐ Otro país (especificar):

Solo para quienes marcaron opción Argentina:

Provincia: ☐ Buenos Aires ☐ Otra (especificar):

Distrito:

Nivel/Modalidad:

Sector de gestión: ☐ Estatal ☐ Privado

Dependencia: ☐ Oficial ☐ Municipal ☐ Nacional ☐ Privada ☐ Otros organismos

Nombre escuela:

Nº:

### INSCRIPCIÓN

Se inscribe en: ☐ Ciclo Básico ☐ Ciclo Superior ☐ Aula de Fortalecimiento ☐ Escuela Profesional Secundaria

Orientación: Año: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Turno solicitado: ☒ Mañana ☒ Tarde ☐ Vespertino ☐ Noche

Jornada: ☐ Simple ☐ Extendida ☐ Completa / Doble escolaridad

## CONDICIÓN EN LA INSCRIPCIÓN ACTUAL (Marcar solo una opción)

☐ Ingresante al Nivel
 ☐ Promovida / Promovido
 ☒ Reinscripta / Reinscripto
 ☐ Repitente

## INCLUSIÓN

¿Cursa con proyecto de inclusión? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, marque con una cruz lo que corresponda:

☐ Concorre a una Escuela Especial a contraturno y cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

☐ No concorre a una Escuela Especial pero cuenta con acompañamiento de maestra o maestro de inclusión

¿Cursa con acompañante asistente externo? ☐ SI ☐ NO

## EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Asiste a alguna de las siguientes instituciones?

Centro Educativo Complementario (CEC): ☐ SI ☐ NO

Centro de Educación Física (CEF): ☐ SI ☐ NO

Escuela de Educación Estética: ☐ SI ☐ NO

## SERVICIO ALIMENTARIO ESCOLAR

En caso de que la institución cuente con el servicio:

¿Solicita la incorporación en el Servicio Alimentario Escolar?

☐ Comedor
 ☐ Desayuno y Merienda

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 1

Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: \_\_\_\_\_

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ ☐ NO

Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

## CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia
 ☐ Trabaja
 ☐ Busca trabajo
 ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas
 ☐ Recibe jubilación o pensión

**DOMICILIO** Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Torre: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Entre calle: \_\_\_\_\_ y calle: \_\_\_\_\_ Otro dato: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (cód. área: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (cód. área: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE 2



Vínculo con estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Tutora ☐ Otro

Apellido/s: Nombre/s: Nacionalidad:

¿Posee DNI argentino? ☐ SI, y tiene el DNI físico ☐ SI, pero NO tiene el DNI físico ☐ NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino:

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)? ☐ SI ☐ NO

¿Posee documento extranjero? ☐ SI, tipo de doc.: Nº: ☐ NO

Profesión u ocupación: ¿Asistió a algún establecimiento educativo? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo: ¿Cuál es el nivel más alto que cursó? ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Superior ☐ Superior Universitario ☐ Posgrado

¿Completó ese nivel? ☐ SI ☐ NO

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Busca trabajo ☐ Realiza tareas de cuidado no pagas ☐ Recibe jubilación o pensión

DOMICILIO Convive con la o el estudiante: ☐ SI ☐ NO (En caso afirmativo no completar los datos referidos al domicilio)

Calle: Nº: Piso: Torre: Depto:

Entre calle: y calle: Otro dato:

Provincia: Distrito: Localidad:

Teléfono: (cód. área: ) Teléfono celular: (cód. área: )

Correo electrónico:

RESTRICCIONES POR DECISIONES JUDICIALES

Apellido/s: Nombre/s:

Tipo de doc: Nº: Describa restricción:

La restricción solo operará en caso de acompañarse la resolución judicial certificada.

A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

Nº de Legajo: Nº de Matriz: Nº de Folio:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma persona responsable: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director:

## **INFORMACIÓN PARA PADRES Y ALUMNOS**

Sres. Padres y alumno: Estar informados es importante para poder sortear con eficacia la etapa que comienza. Con este resumen pretendemos llegar a Uds. de la forma más clara posible. Sin embargo, estamos a su disposición por cualquier duda que pueda surgir. Rogamos atender lo expuesto para evitar confusiones y problemas.

### ➤ **NUEVO RÉGIMEN ACADÉMICO - CALIFICACIONES**

A partir del Ciclo Lectivo 2025, entró en vigencia la última modificación del Régimen Académico, documento que, entre varias normativas escolares, determina cómo los alumnos pasan de un año a otro. Las modificaciones más importantes son:

1. No se repite más un año completo, a menos que el alumno no apruebe la totalidad de las materias.
2. Los alumnos podrán pasar al año siguiente sin aprobar hasta cinco materias (cuatro de aula y una de taller). Estas materias podrán aprobarse a lo largo del año en instancias llamadas **Intensificación de la Enseñanza y el Estudio**, en las cuales los alumnos deberán cumplir con determinadas propuestas para garantizar el aprendizaje y acreditar las materias.
3. Los alumnos que no aprueben más de cinco materias (cuatro de aula y una de taller) deberán recursar las materias excedentes. Por ejemplo:
  - a. Un/a alumno/a de 3° año llega a cuarto año sin aprobar Matemática, Historia, Geografía, Práctica del Lenguaje y Taller. Al cursar cuarto año, en diferentes instancias tendrá oportunidad de ir aprobando estas materias.
  - b. Un/a alumno/a de tercero llega a cuarto sin aprobar Matemática, Historia, Geografía, Práctica del Lenguaje, Inglés y Taller. Como son más de cinco, deberá recursar una materia que será seleccionada por un comité institucional. Esto genera un problema, ya que, por recursar esta materia, no podrá cursar alguna/s materia/s de cuarto año. Deberá cursarlas cuando llegue a 5°, y así sucesivamente. El inconveniente se encuentra en que, si bien no se repite de año, comienzan a acumular materias no aprobadas y a recursar, atrasando así la obtención del título de técnico/a.

### ➤ **RÉGIMEN DE ASISTENCIA**

El alumno deberá cumplir con la totalidad del horario de clase. Deberá estar en el Instituto cinco minutos antes del toque del timbre para la formación en el patio. Las inasistencias se computarán del siguiente modo:

- ✓ Alumnos de **1º a 4º Año** la jornada es completa sin posibilidad de fraccionarse. Una falta por día.
- ✓ **A partir de 5º año** tienen días de jornada doble (media falta por turno) y días de jornada simple (una falta). Por ejemplo, si el jueves el alumno tenía aula por la mañana y por la tarde taller y falta por la mañana le corresponde media falta; si el viernes tenía solamente aula por la mañana y la tarde la tenía libre, si falta le corresponde una falta completa.
- Cuando el alumno ingresa al Instituto con un retraso no superior a quince minutos, se le computará tardanza. Cada dos tardanzas se computa media falta.
- Al alumno que se retire con un adulto responsable antes de que se cumpla la jornada escolar, se le computará media falta justificada.
- La asistencia se computará de dos maneras: institucionalmente y por materia.
- Las inasistencias deberán justificarse con certificado médico o nota de los padres dirigida al director donde se exponga alguna razón de importancia por la que el alumno no concurrió a clase, dentro de las 48 hs.
- El máximo de inasistencias permitidas es 20 (veinte): al acumular las primeras diez, los padres deberán solicitar a la Dirección se considere el otorgamiento de 10 más. Sumando veinte en total, se citará al responsable al fin de notificarlo de la situación. El adulto responsable podrá solicitar ante situaciones excepcionales y debidamente justificadas, una extensión al total de inasistencias institucionales pautadas en 8 (ocho) adicionales.
- El estudiante que hubiera excedido el límite de inasistencias institucionales establecidas deberá seguir concurriendo a clases manteniendo las mismas obligaciones escolares.
- El estudiante que se excediera en las inasistencias institucionales establecidas, deberá intensificar las materias que correspondan, resultado de la aplicación del cómputo de asistencia por materia.
- Las inasistencias por materia no podrán exceder el 25 % de las clases efectivamente dictadas en el ciclo lectivo. El estudiante que se excediera en este porcentaje de inasistencias deberá intensificar en los períodos establecidos cada una de las materias en las que se hallare en esa situación.
- En el caso de estudiantes embarazadas se otorgarán 30 (treinta) inasistencias más durante el embarazo y/o luego del nacimiento, las que pueden ser fraccionadas. En situaciones de nacimientos múltiples se otorgarán 15 (quince) inasistencias adicionales a utilizar luego del nacimiento.
- Por paternidad se justificarán a los estudiantes 3 (tres) inasistencias con la presentación del acta de nacimiento.
- A las alumnas embarazadas se les concederá durante los doce meses siguientes al embarazo la posibilidad de retirarse dos horas por turno para amamantar a su bebé, a criterio de la madre.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno/a

## **INFORMACIÓN PARA PADRES Y ALUMNOS**

Sres. Padres y alumno: Estar informados es importante para poder sortear con eficacia la etapa que comienza. Con este resumen pretendemos llegar a Uds. de la forma más clara posible. Sin embargo, estamos a su disposición por cualquier duda que pueda surgir. Rogamos atender lo expuesto para evitar confusiones y problemas.

## **ACUERDO INSTITUCIONAL DE CONVIVENCIA**

### **NÓMINA DE ACTOS SANCIONABLES**

- 1. Agresiones físicas o verbales**
- 2. Faltas de respeto**
- 3. Daños al Establecimiento y a sus elementos en general**
- 4. Retiro de la clase o del establecimiento sin la autorización correspondiente**
- 5. Adulteración de la documentación**
- 6. Portación de elementos que puedan ser utilizados para agredir o causar daño**
- 7. Utilización de sustancias nocivas dentro del Instituto**
- 8. Sustracción de elementos dentro del Instituto.**

Si se incurre en conductas inapropiadas para el ámbito educativo, se registrará la falta cometida mediante una firma, que será solicitada y hecha efectiva por el miembro de la comunidad educativa que lo considere necesario y se procederá de la siguiente manera:

#### **Alumnos de 1º y 2º año:**

Primer registro: el preceptor/a informará al estudiante acerca de la importancia de dicha sanción. Segundo registro de sanción: Las integrantes del EOE dialogarán con él o la estudiante para que reflexione sobre su comportamiento. El preceptor/a del curso informará sobre este registro a los adultos responsables.

Tercer registro de sanción: Las integrantes del E.O.E citarán a los adultos responsables del estudiante.

Cuarto registro de sanción: En el caso de que se sigan manifestando conductas inapropiadas, se reunirá el CCI (Consejo Consultivo Itinerante), en el que participarán miembros del equipo directivo, profesores, preceptores e integrantes del EOE, procurando generar un espacio de reflexión donde se logren acuerdos para mejorar la convivencia y aplicar la sanción correspondiente de acuerdo a la falta cometida.

#### **Alumnos de 3º a 7º año:**

Primer registro de sanción: Se dialogará con él o la estudiante y se registrará el hecho mediante una firma en la carpeta respectiva, permitiendo la argumentación escrita de su defensa ante la falta cometida. Las integrantes del EOE dialogarán con el mismo con el fin de que pueda reflexionar sobre lo sucedido.

Segundo registro de sanción: En el caso de que él o la estudiante siga incurriendo en estas conductas, el preceptor/a y las integrantes del EOE citarán a un adulto responsable del mismo, donde se le comunicará lo sucedido, se reflexionará y se plantearán acuerdos y sugerencias para evitar futuros inconvenientes.

Tercer registro de sanción: Se reunirá el CCI tal como se detalla anteriormente.

Si la falta cometida es grave de manera que ponga en riesgo la integridad física y/o emocional de un compañero de curso o de otro grupo, personal docente y no docente, se reunirá el CCI para determinar la sanción a aplicar, aun cuando el o la estudiante no posea registros previos de conductas disruptivas.

#### **➤ Reglamentaciones Internas**

No cumplir con las normas del Instituto a saber:

- ✓ Está prohibido el uso de reproductores de música de cualquier tipo, consumir alimentos, golosinas bebidas, etc. dentro del aula en horario de clase.
- ✓ No está permitido:
  - El uso de elementos cortantes y punzantes peligrosos (tijeras grandes, trinchetas, cuchillos, navajas de ningún tipo) y/o ningún otro elemento que pueda utilizarse con fines agresivos o impliquen riesgo, como: encendedores, tachas, cinturones, y/o cadenas gruesas metálicas.
  - El contacto físico y/o demasiada cercanía entre aquellos estudiantes que poseen una relación de noviazgo.
  - Utilizar las redes sociales con el fin de difamar, agredir y/o discriminar a un alumno, generando conflictos dentro del instituto.
  - Jugar con motos o bicicletas en la plaza del Instituto, o circular en los pasillos ni en la entrada. Deberán descender del rodado e ingresar al Instituto con la bicicleta o la moto en la mano. Cuando un estudiante concurra en moto deberá hacerlo con el carnet de conducir y el casco respectivo. **EL INSTITUTO NO SE RESPONSABILIZA POR LOS RODADOS BAJO NINGÚN ASPECTO**, por lo que los mismos deberán tener algún

elemento de seguridad siempre colocado. **CUALQUIER TRANSGRESIÓN A LO EXPUESTO SERÁ MOTIVO PARA NO PERMITIRLES CONCURRIR AL INSTITUTO CON EL RODADO RESPECTIVO.**

- ✓ El uso de teléfonos celulares está permitido únicamente durante los recreos, el horario de almuerzo y las horas libres. En horas de clase, el uso de los mismos sólo será con fines pedagógicos y con autorización del docente.

➤ **VESTIMENTA**

Si bien el Instituto no exige uniforme, se recuerda que el alumno deberá concurrir decorosamente vestido. **No está permitido:** el uso de ningún pantalón roto, desflecado ni por debajo de la cintura. Remeras cortas y con escrituras y/o dibujos con referencias a bebidas alcohólicas, drogas y cigarrillos. El uso de aros y/o piercings en las áreas de Taller y en las horas de Educación Física. El uso de gorros y/o capuchas dentro del Instituto.

Se observará el uso de vestimenta apropiada para Taller en los estudiantes de Ciclo Básico y de Ciclo Superior, en la modalidad Electromecánica.

**Los alumnos podrán:** vestir camisetas, camperas y/o pantalones que representen a la Selección Argentina (no a clubes deportivos). Luego de la hora de Educación Física, seguir usando ropa deportiva dentro del aula, a excepción de los shorts utilizados para tal fin. Usar bermudas de tela de vestir o de jean dentro del aula (no short de baño o deportivo). Usar calzas sin transparencias, con buzos o remeras cuyo largo llegue hasta la cadera. Las estudiantes podrán vestir con pollera pantalón colegial y/o ciclista. Se permite que utilicen el cabello suelto, a excepción de las áreas que requieren condiciones de seguridad específicas (Taller). Las y los estudiantes de la modalidad Informática podrán ingresar al sector de Laboratorios de Taller con la vestimenta utilizada en el aula.

➤ **ARANCELES**

Constan de Reserva de Vacante, inscripción y diez cuotas al año (de marzo a diciembre). Las cuotas mensuales se abonan del uno al quince de cada mes y pueden ser abonadas presencialmente en efectivo o mediante transferencia bancaria, haciendo luego el envío del comprobante correspondiente debidamente identificado al correo electrónico del área de Tesorería ([tesoreriafrayluisbeltran@gmail.com](mailto:tesoreriafrayluisbeltran@gmail.com)). En períodos de entrega de libretas, a los alumnos que posean cuotas atrasadas, las mismas les serán entregadas a sus padres en un lapso de tiempo que no supere los diez días. Es obligación de los padres notificarse de las calificaciones del alumno, por lo que el Instituto arbitrará los medios para tal fin.

**IMPORTANTE: DE ACUERDO A LA NORMATIVA VIGENTE, ANTE LA FALTA DE CUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LOS ASPECTOS ENUNCIADOS EN LA PRESENTE Y/O EN EL ACUERDO DE CONVIVENCIA INSTITUCIONAL, EL INSTITUTO PUEDE NOTIFICAR A LAS FAMILIAS LA NO MATRICULACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA EL CICLO LECTIVO SIGUIENTE.**

-----  
Firma de padre, madre o tutor

-----  
Aclaración

-----  
DNI

-----  
Firma del alumno/a