**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

**SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCACIÓN**

**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

**INSPECCIÓN SUPERIOR – ARTÍSTICA**

 **ESCUELA SUPERIOR DE BELLAS ARTES “Dr. Raúl G. Villafañe”**

 **Avenida de la Universidad 159 – (2400) San Francisco (Cba.)**

 **T.E. cel: 3564 - 375142**

 **Mail:** **esbavillafane@gmail.com**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**MATRÍCULA N° …… LEGAJO N° ……**

Ciclo Artístico Vocacional Infantil en Artes Visuales (1° Año)

A la Sra. Directora de

Escuela Superior de Bellas Artes “Dr. Raúl G. Villafañe”

Prof.Nélida Rebeque:

Quien suscribe, …………………………………………………………. D.N.I. N° …………………….....

 (Apellido y nombres de Padre, madre o tutor del alumno / a)

Solicita se le expida Matrícula de Inscripción en Nivel Inicial de Arte al niño / a:

Apellido y nombres del alumno / a:…………………………………………………………………………

D.N.I.:…………………………………………………………………………………………………………..

**Ciclo Lectivo: Año 2026** **CICLO N°:.…………..**

**Profesor / a: …………………..** **Turno:…………………**

REQUISITOS OBLIGATORIOS A PRESENTAR EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN:

* 1 Carpeta solapa tamaño oficio color CELESTE sin rotular.
* 1 foto tamaño 4 x 4 aproximadamente.
* Fotocopia D.N.I. (ambos lados)
* Fotocopia Partida de Nacimiento.
* Certificado Único De Salud (CUS e ISA) Se debe **presentar** **actualizado cada año** al inscribirse al Taller.
* Planillas “Solicitud de Matrícula” y “Anexo” (provistas por la Escuela). Se deben **presentar cada año** al inscribirse al Taller.

INFORMACION GENERAL:

* Matricula de Inscripción Anual: $
* Cooperadora: Pago de Contado $ (Hasta **30 de Abril**).
* Cooperadora: Pago en Cuotas: 9 cuotas de $ ( puede haber modificaciones)

**“LOS DATOS APORTADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA”**

Me comprometo a presentar los requisitos solicitados en tiempo y forma.

San Francisco,……… de………………………………… de 202….

FIRMA DEL PADRE, MADRE o TUTOR ACLARACIÓN

***MATRÍCULA AUTORIZADA POR...............................................***

***(Firma y sello)***

****

 **GO****BIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**

 **MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

 **SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCACIÓN**

 **DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

 **INSPECCIÓN SUPERIOR – ARTÍSTICA**

 **ESCUELA SUPERIOR DE BELLAS ARTES “Dr. Raúl G. Villafañe”**

 **Avenida de la Universidad 159 – (2400) San Francisco (Cba.)**

 **T.E. cel: 3564 - 375142**

 **Mail:** **esbavillafane@gmail.com**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO SOLICITUD DE MATRÍCULA PARA NIVEL INICIAL DE ARTE

FICHA DE DATOS

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres:………………………………………………………………………………………….

D.N.I.:……………………… Edad: ………… años Grupo Sanguíneo:……………………..

Domicilio: ……………………………………………………………………………………………………...

Localidad: ………………………………... . Provincia:…………………………………….....

T.E. Fijo: …………………………………. . T.E. Celular: ……………………………………

Datos de salud a tener en cuenta:………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

DATOS DE NACIMIENTO

Fecha de Nacimiento: ……../……../……… Localidad:……………………………………….

Departamento:..……………………………. Provincia:……………………………………….

ESTUDIOS DE NIVEL PRIMARIO o MEDIO

Escuela: ………………………………………………………………………………………………………

Grado / Año:………………………………………. Turno:…………………………………………..

DATOS FAMILIARES

Apellido y nombre de Padre, Madre o Tutor: ……………………………………………………………..

D.N.I.:………………………………………. Edad:…………………………………………….

Domicilio: …………………………………………… Localidad: ………………………………………

T.E. Fijo: …………………………………… T.E. Celular: ……………………………………

E-mail:...……………………………………………………………………………………………………….

Actividad / Ocupación:.…………………………………........................................................................

Lugar de Trabajo:...………………………………………Horarios:…………………………………………

T.E. de Trabajo: ………………............................................................................................................

Personas autorizadas a retirar al niño / a en el horario de salida de la clase semanal: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Otros datos que desee aportar:………………………………………………….………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

**“LOS DATOS APORTADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA”**

Me comprometo a comunicar cualquier modificación que hubiere con respecto a datos aportados.

San Francisco, ……… de ………………………………… de 202…..-

FIRMA DEL PADRE, MADRE o TUTOR ACLARACIÓN