



## Planilla de Inscripción Docente Asesor

EDICION AÑO \_\_\_\_\_

**ESCUELA** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO** \_\_\_\_\_  
**TELEFONO** \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
**LOCALIDAD** \_\_\_\_\_ **C.P.** \_\_\_\_\_ **DEPARTAMENTO** \_\_\_\_\_

### Docente asesor y/o acompañante responsable

**NOMBRE Y APELLIDO** \_\_\_\_\_ **D.N.I.** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO** \_\_\_\_\_  
**LOCALIDAD** \_\_\_\_\_ **C.P.** \_\_\_\_\_ **DEPARTAMENTO** \_\_\_\_\_  
**TELEFONO** \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Información adicional

¿Padece alguna enfermedad crónica? **SI**  **NO**  ¿Cuál?.....  
¿Recibe alguna medicación? **SI**  **NO**  ¿Cuál?.....  
¿Es alérgico/a algún medicamento? **SI**  **NO**  ¿Cuál?.....  
¿Tiene inconveniente con algún alimento o se encuentra desarrollando alguna dieta en particular?  
**SI**  **NO**  ¿Cuál?.....  
¿Padece alguna fobia? **SI**  **NO**  ¿Cuál?.....  
¿Alguna otra observación a tener en cuenta? .....

**GRUPO SANGUINEO:** Tipo  Factor

En caso de emergencia o inconveniente, comunicarse con .....  
al número telefónico ..... o, en su defecto, al teléfono alternativo de (en caso de ser  
posible en la ciudad de Paraná) ..... (grado de parentesco o relación) .....

-----  
**Firma y Aclaración**