

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 2026

INSCRIPCIÓN

•DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre y Apellido:..... DNI: Edad:
Fecha de Nacimiento:...../...../..... Edad:..... Lugar de Nacimiento:..... Nacionalidad:.....
Domicilio:..... Localidad:..... Provincia:.....
Movil:.....Teléfono:..... Mail:.....
Sexo que figura en el DNI:.....
Identidad de género: ☐ Mujer ☐ Mujer Trans/Travesti ☐ Varón ☐ Varón Trans/Masculinidad Trans ☐ No Binario ☐ otra ☐ No responde

•EL ALUMNO/A SE INSCRIBE EN: (Marcar con una cruz lo que corresponda)

Formación Básica para niños y preadolescentes (a partir de los 9 años) ☐ Formación Básica Extendida (A partir de los 14 años) ☐
Formación Intensiva ☐ Tecnicatura ☐ Prof. Orient. Instr ☐ Estudiante Vocacional ☐

ESPECIALIDAD INSTRUMENTAL

Guitarra ☐ Piano ☐ Bajo ☐ Batería ☐ Flauta ☐ Clarinete ☐ Saxo ☐ Violin ☐ Viola ☐ Violoncello ☐ Contrabajo ☐

Comisiones elegidas:.....

•ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE CONCURRE EL ALUMNO: (Primaria, Secundaria, Especial)

Nombre del Establecimiento:..... Número:..... Distrito:.....
Nivel:.....
Año/Grado:..... Privado ☐ Estatal ☐

FAMILIARES/TUTORES

Madre ☐ Padre ☐ Tutor/Responsable ☐

Apellido/s:..... Nombres:.....
Tipo Doc: N°Doc:.....
Domicilio/Calle:..... N°..... Piso: Torre:Dto:
Localidad:..... Código Postal:..... Teléfono:
Obra Social: Afiliado:

INFORMACIÓN DE SALUD

•ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?
Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? SI ☐ NO ☐ ¿Porqué?.....

•TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☐ Especifique:
Quirúrgicos: SI ☐ NO ☐ Edad:..... Tipo de Cirugía:.....
¿Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☐ Aclaración:.....
¿Otros problemas de salud? SI ☐ NO ☐ Aclaración:
Valida los datos para ciclo lectivo 2027:
Firma del padre, tutor o alumno mayor de edad:

•SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA INSTITUCIÓN:

Recurrir a:..... Tel:.....
Médico:..... Dirección:
Familiar:..... Dirección:

•SOLO PARA MAYORES DE 18 AÑOS:

Fecha de Egreso del secundario:.....
El/la que suscribe:..... dni:..... da su conformidad para realizar
da su conformidad para realizar salidas educativas en areas proximas al establecimiento. Firma.....

Registro su inscripción:

Constancia de inscripción

•SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA INSTITUCIÓN:

Usted ha sido inscripto en el Conservatorio de Música de Olavarría "Ernesto Mogávero" por:.....

Formación Básica Extendida (A partir de los 14 años) ☐ Tecnicatura en Capacitación Instrumental ☐
Formación Básica Intensiva ☐ Profesorado en Educación Musical ☐
Formación Básica para Niños y Preadolescentes Profesorado en Instrumento ☐
ESPECIALIDAD INSTRUMENTAL
Guitarra ☐ Piano ☐ Bajo ☐ Batería ☐ Flauta ☐ Clarinete ☐ Saxo ☐ Violin ☐ Viola ☐ Violoncello ☐ Contrabajo ☐



conservatoriodemusicaolavarria@abc.gob.ar



Conservatorio de Música Ernesto Mógavero