



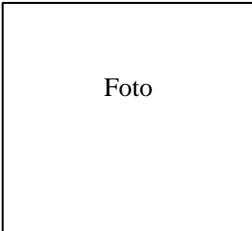
**INSTITUTO SUPERIOR DEL PROFESORADO N° 3  
"EDUARDO LAFFERRIERE"**

Gral. López 1331 – (2919) Villa Constitución – Santa Fe  
Tel. 03400 473048 – E-mail: [ispel3@cablenet.net.ar](mailto:ispel3@cablenet.net.ar)

**Solicitud de Inscripción al Primer Año Ciclo Lectivo 2018**

**CARRERA: PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA**

Villa Constitución,.....de ..... de.....



**DATOS DEL ASPIRANTE:**

Apellido/s y Nombre/s:.....  
 Edad:..... Estado Civil:..... Sexo:.....  
 Tipo Documento:..... N°:..... Nacionalidad:.....  
 Lugar y Fecha de Nacimiento:.....  
 Ocupación:.....  
 Título de Nivel Medio/Polimodal:.....  
 Institución que lo expidió:..... Año de egreso:.....  
 Promedio Gral. (4to.año Secundaria o 2do. Polimodal):..... ¿Trabaja? SI:..... NO:.....  
 Otras carreras terciarias cursadas/aprobadas:.....

**DOMICILIO ACTUAL:**

Calle:..... N°:..... Localidad:.....  
 Pcia:.....  
 Teléfono: ..... Tel. Cel. ....Email:

¿Cómo conociste al Instituto y la Carrera?:  
 .....

Documentación que debe acompañar a la presente ficha de inscripción:

Fotocopia autenticada del título o constancia de estudios en trámite completo	
Estudios Médicos ( <b>Ver planilla adjunta</b> )	
Certificado vecindad o residencia	
Fotocopia de DNI ambas caras	
Dos fotos 4x4 <b>por carrera a inscribirse</b>	
Carpeta colgante <b>plástica</b>	
Colaboración Asociación Cooperadora Anual \$ 1250.- (Mil doscientos cincuentapesos)	

.....  
 Firma y Aclaración del Aspirante

**Comprobante de inscripción realizada con LEGAJO COMPLETO - (A completar por el Aspirante)**

Lugar y Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_  
 a) Nombres y Apellido: \_\_\_\_\_  
 b) Carrera: \_\_\_\_\_

-----  
 Firma y Sello Institucional



**INSTITUTO SUPERIOR DEL PROFESORADO N° 3  
"EDUARDO LAFFERRIERE"**

Gral. López 1331 – (CP2919) Villa Constitución – Santa Fe  
Tel. 03400 473048 – E-mail: [ispel3@cablenet.net.ar](mailto:ispel3@cablenet.net.ar)

El Ingresante a la Carrera de Educación Física deberá presentar los estudios médicos que debajo se detallan (Ítems 1 al 8 en carpeta colgante, ítem 9 en un sobre adjunto, **respetando el siguiente orden:**

<b>ESTUDIOS MÉDICOS</b>	<b>Entrega</b>	<b>Observaciones Médicas</b>
<b>1-Certificado</b> de vacunación obligatoria completa y antitetánica		
<b>2- Certificado</b> de Grupo Sanguíneo y Factor		
<b>3- Examen de Laboratorio</b> (Hemograma completo, uremia, glicemia y orina completo). ( <b>Adjuntar Informe Médico</b> ).		
<b>4 Electrocardiograma</b> de reposo y Ergometría. ( <b>Adjuntar informe del cardiólogo</b> ).		
<b>5- Certificado</b> de aptitud física para la práctica deportiva y buena salud, <u>con estampilla</u> . (Asociación Médica Constitución – Jujuy 558)		
<b>6- Prueba psicofísica</b> de personalidad. ( <b>Adjuntar informe del Psicólogo</b> )		
<b>7- Certificado</b> Fonoaudiológico y audiometría ( <b>Adjuntar informe</b> )		
<b>8- Certificado</b> buco-dental apto para natatorios, <u>con estampilla</u> . (Asociación Odontológica Constitución – Mendoza 101)		
<b>9- Radiografías</b> de: Tórax de frente, columna cervical, columna dorsal (frente y perfil), columna lumbo-sacra (frente y perfil). ( <b>Adjuntar Informe Médico</b> )		

Documentación Controlada por Médico Institucional.....

Fecha:.....

Firma y Sello Médico