



SG_F 08 _Datos de Ingresantes

Ficha del Estudiante – FPUNE

Datos Personales	
Nombre/s	
Apellido/s	
Doc. Identidad N°	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento	Ciudad:
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre
Teléfono	Fijo N°: _____ Celular N°: _____
Correo Electrónico	Facebook:
Colegio de Procedencia	
Carrera	
Dirección Particular	
Residencia	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada
Datos Laborales	
Realiza alguna actividad laboral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?.....
Dirección Laboral	Teléfono:
En caso de que no realice alguna actividad laboral, ¿Cuál es el mecanismo que utiliza para solventar sus gastos de estudio?	Describe Brevemente:.....
Medio de Transporte que utiliza para llegar hasta la FPUNE.	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Escolar Otros:.....
Entretenimientos y otras actividades	
Práctica algún tipo de Deporte	<input type="checkbox"/> Fútbol <input type="checkbox"/> Handball <input type="checkbox"/> Voley <input type="checkbox"/> Natación Otros:.....
Se destaca en algún tipo de Arte	<input type="checkbox"/> Canto <input type="checkbox"/> Danza <input type="checkbox"/> Guitarra <input type="checkbox"/> Pintura Otros:.....
Eres alumno/a Bombero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene conocimiento de primeros auxilios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Salud del Estudiante	
Posee seguro médico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?.....
Grupo Sanguíneo	
Es Alérgico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No A qué?.....
Padece algún tipo de enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?.....
Consumo algún tipo de medicamento	<input type="checkbox"/> Ansiolíticos <input type="checkbox"/> Antidepresivos Otros Especificar:.....
Número de algún familiar para contacto en caso de urgencia	