

# ASOCIACIÓN ESTEBAN ECHEVERRÍA



Entidad Civil sin fines de lucro / Personería Jurídica N° 16  
Entidad Bien Público Municipal N° 153 – Entidad Bien Público Provincial N° 5533  
Tel: 5263-2620 // 4756-3672 - Email: administracion@asociacionestebanecheverria.com  
Rubén Darío N° 4637- CP (B 1605 AKW) – Munro – Buenos Aires – Argentina

Munro,..... de .....20.....

Sr./Sra. Secretario/a General de la Asociación Esteban Echeverría  
De mi consideración:

Me dirijo a Ud. con el objeto de elevar la presente solicitud para que se me considere Socio/a de la Asociación Esteban Echeverría. Declaro conocer y aceptar los Estatutos de dicha Institución.

.....  
**FIRMA**

## DATOS PERSONALES

Nro. DE SOCIO/A: .....

### Datos de los Padres / Tutor / Responsable

Apellido y Nombre del Padre/Tutor .....

DNI:..... Fecha de Nac: ..... / ..... / ..... Estado Civil:.....

Domicilio:..... Localidad:..... CP:.....

Teléfono: ..... Tel. Alternativo:.....

Email.....

Empresa:..... Ocupación:..... Antigüedad:.....

Domicilio Laboral..... Loc:..... Tel:.....

Posee vehiculo: Si / No. Marca..... Modelo..... Año.....

Seguro. Indicar Compañía..... Nro. Socio.....

Posee Obra Social/ Prepaga. Si / No. Empresa..... Nro.....

Posee Tarjeta de Credito. Si / No. Indicar Empresa.....

Apellido y Nombre del Madre/Tutora .....

DNI:..... Fecha de Nac: ..... / ..... / ..... Estado Civil:.....

Domicilio:..... Localidad:..... CP:.....

Teléfono: ..... Tel. Alternativo:.....

Email.....

Empresa:..... Ocupación:..... Antigüedad:.....

Domicilio Laboral..... Loc:..... Tel:.....

Posee vehiculo: Si / No. Marca..... Modelo..... Año.....

Seguro. Indicar Compañía..... Nro. Socio.....

Posee Obra Social/ Prepaga. Si / No. Empresa..... Nro.....

Posee Tarjeta de Crédito. Si / No. Indicar Empresa.....

**RESPONSABLE DE PAGO : (Nombre y Apellido) :** .....

**DNI:**..... **DOMICILIO**.....

**Teléfono Part:**..... **Celular:**..... **Email**.....

**Datos del estudiante (Nombre y Apellido):** .....

Curso: ..... Nivel:..... DNI:..... Edad:.....

Fecha de Nac:..... Nacionalidad.....

Domicilio:..... Localidad:..... CP:.....

Teléfono:..... Teléfono Alternativo:.....

### **Datos a completar por la A.E.E.**

Recibo N°: ..... Concepto:.....

Observaciones:.....

### **Jornada Simple..... (marcar con una "X")**

Munro, .....de.....20.....

....estudiante.....ha sido autorizado por esta Dirección para reservar vacante correspondiente al ciclo lectivo 20...., confirmando su inscripción en Nivel.....en.....sala de .....grado / .....año.

**Dada su Escuela de procedencia .....deberá Presentar constancia de Libre deuda. Sin constancia de Libre deuda de otra Institución no se matricula al alumno.**