



Gobierno  
Provincial

Ministerio de  
Educación



Dirección de  
Educación Domiciliaria  
y Hospitalaria

Nota Circular N° 4/14

Corrientes, 17 de Noviembre de 2014.

Asunto: S/Confección de Registros de alumnos/as domiciliarios.-

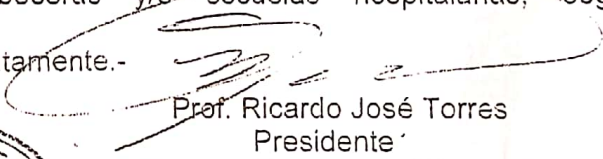
Señor/a Director/a  
Presente

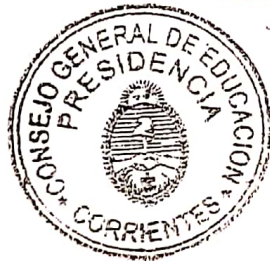
Tengo el agrado de dirigirme a Ud. A efectos de poner en su conocimiento la presente.

Desde la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria con el objetivo de monitorear el trabajo con los Niveles Inicial y Primario; avanzar en el fortalecimiento de la Modalidad; diseñar acciones específicas para ser implementadas en la jurisdicción, formar a los docentes que se desempeñan en contextos domiciliarios y hospitalarios; y proveer de recursos para mejorar los servicios que se brindan (netbooks/libros/capacitaciones), se les solicita arbitrar los medios necesarios para el cumplimiento de lo solicitado:

-Completar y remitir a la Dirección de Educación Domiciliaria y Hospitalaria, semestralmente, al 30/06 y 30/11 de cada año, **Registro de alumnos domiciliarios**, y **Planillas que figuran en el Anexo**, debiendo enviarse por escuelas cabeceras y/o escuelas hospitalarias, según corresponda.

Atentamente.-

  
Prof. Ricardo José Torres  
Presidente  
Consejo General de Educación



# Nota Circular N° 4/14



Gobierno  
Provincial

Ministerio de  
Educación



Consejo General de  
Educación

Dirección de  
Educación Domiciliaria  
y Hospitalaria

## Anexos

- 1) Registro de alumnos de Nivel Inicial.
- 2) Registro de alumnos de Nivel Primario.
- 3) Registro de alumnos de Modalidades.
- 4) Ficha de alumno domiciliario.
- 5) Datos sobre la situación de enfermedad.
- 6) Datos escolares.
- 7) Acta de Compromiso.
- 8) Constancia.



# MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Formulario para registro de alumnos de **NIVEL INICIAL** escolarizados en la modalidad a través de las Escuelas o Servicios Domiciliarios y Hospitalarios

Escuela / Servicio:

CUE:

Localidad / Departamento:

Provincia:

Responsable del servicio:

es

**AÑO 20.....**

Nº orden	Fecha ingreso a EDyH	DNI Alumno	CUE Escuela de Referencia del alumno	CUIT / CUIL Docente designado	Docente designado (Nivel Inicial / Primario / Especial)	Fecha egreso de EDyH

Cantidad total alumnos de Nivel Inicial escolarizados en EDyH

Cantidad total de docentes requeridos para EDyH

Cantidad de alumnos que demandaron el servicio y no pudieron recibirlo

Motivos: .....



Gobierno  
Provincial

Ministerio de  
Educación



Dirección de  
Educación Domiciliaria  
y Hospitalaria

## MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Formulario para registro de alumnos de **NIVEL PRIMARIO** escolarizados en la modalidad a través de las Escuelas o Servicios Domiciliares y Hospitalarios

Escuela /  
Servicio: ..... CUE .....

Localidad / Departamento .....

Provincia: .....

Responsable del servicio: .....

**AÑO 20...**

Nº orden	Fecha ingreso a EDyH	DNI Alumno	CUE Escuela de Referencia del alumno	CUIT/CUIL Docente designado	Docente designado (Nivel Inicial / Primario / Especial)	Fecha egreso de EDyH

Cantidad total alumnos de Nivel Primario escolarizados en EDyH

Cantidad total de docentes requeridos para EDyH

Cantidad de alumnos que demandaron el servicio y no pudieron recibirlo

Motivos: .....



Gobierno Provincial

Ministerio de Educación



Dirección de Educación Domiciliaria y Hospitalaria

## MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Formulario para registro de alumnos de Modalidad .....escolarizados en la modalidad a través de las Escuelas o Servicios Domiciliarios y Hospitalarios

Escuela / Servicio: ..... CUE .....

Localidad / Departamento .....

Provincia: .....

Responsable del servicio: .....

**AÑO 20...**

Nº orden	Fecha ingreso a EDyH	DNI Alumno	Escuela de Referencia del alumno	DNI Docente designado	Docente designado (Inicial / Primario / Especial)	Fecha egreso de EDyH

Cantidad total alumnos de Educación Especial escolarizados en EDyH

Cantidad total de docentes requeridos para EDyH

Cantidad de alumnos que demandaron el servicio y no pudieron recibirlo

Motivos: .....



FICHA DEL ALUMNO DOMICILIARIO

Datos Personales

Apellido y Nombre del alumno/a:
Fecha de Nacimiento: Lugar:
Edad: DNI N°:
Domicilio: N°
Barrio: Teléfono:
Localidad: Departamento:
Zona urbana Rural

Datos Familiares

Apellido y Nombre del Padre:
DNI N°:
Ocupación:
Apellido y Nombre de la Madre:
DNI N°:
Ocupación:
Grupo Familiar:

Datos sobre la situación de enfermedad



Gobierno Provincial

Ministerio de Educación



Dirección de Educación Domiciliaria y Hospitalaria

Diagnóstico: .....

Tiempo probable de reposo: .....

Médico Tratante: ..... Tel: .....

Recomendaciones para el docente:  
.....  
.....  
.....

Otros datos de interés:  
.....  
.....  
.....

Docente que realiza la entrevista: .....

Fecha de entrevista: ..... Hora: .....

.....  
Firma del padre, tutor o encargado

Aclaración: .....

DNI N° .....



Gobierno Provincial

Ministerio de Educación



Dirección de Educación Domiciliaria y Hospitalaria

Datos Escolares

Escuela de .....  
Referencia: .....Nº.....

Dirección: .....Nº.....Tel:.....

Directora: .....

Nombre del/ los docente/s:

.....

.....

Alumno/a: .....

Grado: .....Turno: .....Fecha de ingreso: .....

Fecha de egreso: .....

Docente asignado: .....

Escuela Sede: .....Nº.....

Área pedagógica de mayor dificultad.....

Área pedagógica de menor dificultad.....

Adecuaciones Curriculares.....

.....

.....

Si ha repetido algún año: \*SI - NO. Cuál / les?.....

Días y horas acordadas para el trabajo articulado entre los docentes (de grado-domiciliario)

.....

ACTA DE COMPROMISO





Criterios para la atención domiciliaria:

Los padres deberán presentar para la solicitud de ingreso a la modalidad la siguiente documentación:

- Fotocopia del DNI
- Fotocopia del Boletín de Calificaciones
- Constancia de alumno regular
- Certificado médico donde conste:
  - ✓ Diagnóstico
  - ✓ Motivo por el cual debe guardar reposo o realizar cuidado especial.
  - ✓ Tiempo probable de duración del mismo (especificar fecha de emisión del certificado).

La renovación en tiempo y forma del certificado médico, es de total responsabilidad de los padres. De no ser así, se dará por finalizado el servicio de atención domiciliaria.

Los padres deberán:

- Propiciar un espacio físico donde la tarea escolar no se vea interrumpida ni interrumpa las actividades cotidianas de la familia. Dicho espacio deberá contar con la higiene necesaria para garantizar un trabajo dentro de condiciones de salubridad adecuadas tanto para el docente como para el alumno.
- Garantizar la presencia de un adulto responsable durante la permanencia del docente en el domicilio, caso contrario, está autorizado para retirarse del mismo.
- Comunicar a la escuela, con la mayor antelación posible, si hubiera modificación en el estado de salud del alumno, inasistencias, cambio de domicilio, etc.
- Posibilitar que el alumno continúe adecuadamente con el proceso de aprendizaje. Por tal motivo, se deberá respetar los horarios y las actividades pautadas por el docente, generando en el alumno la buena predisposición para el trabajo a fin de obtener un rendimiento escolar satisfactorio.
- Consignar en la planilla de asistencia, fecha, y; horario de entrada y salida del docente, firmando la misma.



Gobierno  
Provincial

Ministerio de  
Educación



Dirección de  
Educación Domiciliaria  
y Hospitalaria

CONSTANCIA

En el día de la fecha....., dejo constancia de la toma de conocimiento y presto mi total conformidad a las condiciones que se expresan en el Acta Acuerdo, competentes a la modalidad educación domiciliaria.

.....  
Firma del padre y/ o tutor

.....  
Aclaración

.....  
DNI N°