

INSCRIPCIÓN CARRERAS

elObrador[®]
ESCUELA DE ARTE CULINARIO

Inscríbete en 4 simples pasos



PASO 1

Indicar
Carrera y turno

PASO 2

Completar
la Ficha Médica

PASO 3

Reunir
documentación

PASO 4

Enviar por mail y
aguardar contacto

PASO 1

Indicar Carrera y turno – Registro de Datos

Cocinero Profesional

Cursada 1 vez por semana.

- Martes 9.30 a 14.30 hs. **COMPLETO**
- Jueves 17.30 a 22.30 hs. **COMPLETO**
- Viernes 17.30 a 22.30 hs.

Cursada de Abril a Enero

Pastelero Profesional

Cursada 1 vez por semana.

- Miércoles 17.30 a 22.30 hs. **COMPLETO**
- Jueves 9.30 a 14.30 hs.
- Viernes 9.30 a 14.30hs. **COMPLETO**

Completar con tus datos personales:

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____ CIUDAD: _____

MAIL: _____ TELÉFONOS / CELULAR: _____

TÍTULO: SECUNDARIO / Terciario / UNIVERSITARIO. EMITIDO POR: _____

FAMILAR / AMIG@ DE CONTACTO (NOMBRE Y TEL): _____

PASO 2

Completar la Ficha Médica. **VER EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

PASO 3

Reunir y presentar la siguiente documentación (también lo podés enviar por mail)

- **FOTOCOPIA DEL DNI**
- **FOTO CARNET 4X4**
- **CERTIFICADO DE ESTUDIOS (ANALÍTICO)**

PASO 4

Enviar por mail o presentar la documentación y aguardar nuestro contacto.

Tu inscripción será efectiva una vez presentada la documentación y abonada la matrícula.



elObrador
ESCUELA DE ARTE CULINARIO

Encontrá el Chef
que hay en vos.

Av. Belgrano 180, Barrio Belgrano
S.C. de Bariloche - Río Negro - Argentina
Tel. +54 294 443 6122
info@elobradorescuela.com.ar
www.elobradorescuela.com.ar



FICHA MÉDICA

elObrador[®]
ESCUELA DE ARTE CULINARIO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

CARRERA: _____ TURNO: _____

OBRA SOCIAL | SEGURO MÉDICO: _____

CENTRO DE SALUD EN EL QUE SE ATIENDE HABITUALMENTE: _____

DATOS DE LAS PERSONAS DE CONTACTO ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

1

NOMBRE Y APELLIDO: _____

RELACIÓN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

2

NOMBRE Y APELLIDO: _____

RELACIÓN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

DATOS MÉDICOS

Grupo y Factor sanguíneo: Sí No ¿Cuáles? _____

Problemas Cardíacos: Sí No ¿Cuáles? _____

Problemas respiratorios: Sí No ¿Cuáles? _____

Problemas de presión: Sí No ¿Presión alta o baja? Alta Baja

Es diabético: Sí No ¿Es insulino dependiente? Sí No

Toma medicamentos en forma regular: Sí No

Embarazo: Sí No ¿De cuántos meses? _____

IMPORTANTE

La información aportada por el alumno en esta ficha médica debe ser fidedigna y tendrá el carácter de declaración jurada.

.....
FIRMA ALUMNO

.....
ACLARACIÓN