

# INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE N°84

## Pautas para la matriculación a la carrera “Profesorado de Educación Física”



### □ ETAPA N°1: PRE-INSCRIPCIÓN VIRTUAL

#### ¿Qué documentación debo presentar para la pre-inscripción de Diciembre 2025?

Completar el formulario on line adjuntando la siguiente documentación (en formato PDF, un archivo .pdf para cada ítem): Todos los campos del formulario se deben completar de forma obligatoria

1. Poseer cuenta de gmail propia
2. DNI de ambos lados
3. Partida de nacimiento.
4. Foto tamaño carnet (4x4), fondo blanco o claro
5. Constancia de trabajo en blanco con copia de los tres últimos recibos de sueldo (si correspondiera).
6. Título Secundario, constancia de título en trámite, constancia de exámenes pendientes al mes de marzo 2026 o Constancia de alumno regular de 6to año del Nivel de Educación Secundario.
7. Apto Natación con la siguiente leyenda obligatoria: *“Posee aptitud física para realizar natación de acuerdo a su edad y sexo” (puede ser firmado por un profesional médico matriculado de cualquier especialidad)*
8. Formulario de Solicitud de Inscripción Completo (pág. 6 a 8 del presente)
9. Formulario de Notificación de requisitos de inscripción completo y firmado (pág.10 del presente)
10. Estudios Médicos:
  - Ficha médica completa y certificada por médico profesional en todos sus campos.(Los estudios odontológicos deben tener firma y sello del profesional por pertenecer a otra especialidad)
  - Ergometría
  - Certificado traumatológico con la leyenda textual **“POSEE APTITUD FÍSICA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ALTO IMPACTO”** (NO SE RECEPCIONARÁ CON OTRO TEXTO NI CON FIRMA DE OTRO PROFESIONAL QUE NO SEA TRAUMATÓLOGO)

## *¿En qué momento tengo que presentar la documentación?*

Para completar el formulario de inscripción y presentar la documentación se deberá acceder al siguiente link <https://isfd84-bue.infed.edu.ar/sitio/ingreso-2026-profesorado-de-ef/> durante los siguientes días y horarios. La inscripción se realizará hasta completar el cupo máximo de **300**.

- **Martes 02 de diciembre 2025 a las 8 hs** se habilitará la inscripción a 150 aspirantes (llegado a esa cantidad el formulario cerrará automáticamente)

El miércoles 03 de diciembre 2025 cada aspirante que completó el formulario el día anterior, recibirá al mail declarado la confirmación de su inscripción o la no inscripción por documentación errónea.

- **Lunes 08 de diciembre 2025 a las 20 hs** se habilitará la inscripción para completar el cupo máximo de 300, se informará la cantidad según lo aceptado el día anterior. (llegado al cupo máximo el formulario cerrará automáticamente y se dará aviso al cierre de inscripción)

El miércoles 10 de diciembre 2025 cada aspirante que completó el formulario el día lunes 8 recibirá al mail declarado la confirmación de su inscripción o la no inscripción por documentación errónea.

En la situación de recibir una respuesta de “no inscripción por documentación errónea”, podrá resolver el problema y enviar la documentación correctamente vía mail respondiendo el mail recibido y en los plazos que se les va otorgando en dicho mail.

El lunes 15 de diciembre 2025 a las 11 hs. se publicará la lista de aspirantes.

## **SORTEO ORDENADOR DE TURNOS Y COMISIONES PARA LA REALIZACIÓN DEL TALLER INICIAL (no eliminatorio)**

### *Luego de haber presentado la documentación que se requería, ¿de qué proceso formaré parte?*

Como aspirante formará parte de un único sorteo ordenador que se realizará el 17 diciembre 2025

### **MODALIDAD DE SORTEO TRABAJADA INSTITUCIONALMENTE JUNTO AL CONSEJO ACADÉMICO INSTITUCIONAL**

Cada aspirante tendrá como referencia los tres últimos números de su documento para el sorteo.

El día martes 16 de diciembre de 2025 a las 14:00 hs se realizará el sorteo matutino correspondiente a la Lotería Nacional. Los tres últimos dígitos del número sorteado será la referencia de los tres últimos

números de documento de los aspirantes. Desde ese número en adelante y en orden creciente, se ordenarán los turnos de cursada de cada uno. Por ejemplo: si los tres últimos números sorteados en la Lotería Nacional son 205, el aspirante que tenga esa terminación de DNI quedará en primer lugar del orden y lo seguirá el que termine en 206, 207 y de allí en adelante. Una vez que la numeración llegue a 999, seguirá en 000 y de allí en adelante siguiendo la misma lógica. Las comisiones se asignarán en orden, primero las de Turno Mañana y luego las de Turno Tarde, respetando el turno de preferencia para los Aspirantes con trabajo registrado durante todo el año y que presentaron la documentación requerida para su justificación.

## □ ETAPA N°2: RATIFICACIÓN DE PRE-INSCRIPCIÓN (FEB 2026)

Con el fin de ratificar la Pre-inscripción realizada virtualmente, cada aspirante deberá entregar la documentación presentada en Etapa 1.

- ✓ En un sobre papel madera oficio, los ítems 1 a 9. Tener en cuenta:
  - Las copias de la documentación deben ser fotocopias o copias impresas de forma legible. Traer también título y DNI original para dar vista.
  - El Apto para Natación: deberá ser el certificado original (no se acepta fotocopia)
  - Las fotos: deberán entregarse tres (3) y de tamaño 4x4 (foto carnet)
  - Constancia de estudios secundarios completos actualizada o Analítico Secundario.
- ✓ En otro sobre oficio papel madera cada aspirante deberá entregar los Estudios Médicos (ítem 10):
  - Ficha médica completa y certificada por médico profesional en todos sus campos.(Los estudios odontológicos deben tener firma y sello del profesional por pertenecer a otra especialidad)
  - Ergometría
  - Certificado traumatológico con la leyenda textual **“POSEE APTITUD FÍSICA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ALTO IMPACTO”** (NO SE RECEPCIONARÁ CON OTRO TEXTO NI CON FIRMA DE OTRO PROFESIONAL QUE NO SEA TRAUMATÓLOGO)
- ✓ Podrá colaborar con el Pago de cooperadora: cuota anual \$ 36.000 (este pago no será excluyente)

**La entrega de la documentación será los días: 18, 19 y 20 febrero 2026** Horarios y lugar se comunicará por Plataforma Institucional.

## □ ETAPA N°3: Talleres para Ingresantes

### *¿En qué consisten los talleres?*

El Ingreso es un proceso de filiación académica e institucional que abarca todo el ciclo lectivo. Comprende la participación en talleres cuya finalidad será introducir a los aspirantes a los procesos académicos propios del Nivel Superior y a los del “Profesorado de Educación Física”

Los primeros Talleres se desarrollan durante el mes de marzo de 2026 y son de asistencia obligatoria

### *¿En qué momento puedo conocer la comisión a la que pertenezco para los talleres?*

Se publicarán por plataforma institucional las comisiones del curso inicial luego del Sorteo Ordenador de Turnos y Comisiones. El turno lo conoceré el día del sorteo, ya que los primeros **200** aspirantes sorteados cursarán en turno mañana y los **100** posteriores en turno tarde (el nro. puede variar según fueran ubicados en las comisiones por demanda de trabajo en blanco).

### *¿Qué material de estudio utilizaré como aspirante para el curso inicial?*

Se ofrecerá bibliografía para el trabajo de los talleres que se retomará en todo el primer año de estudios y estará a disposición a partir del mes de marzo 2026.

### *¿Cuál es la prueba excluyente para ingresar a la carrera?*

No hay prueba excluyente para ingresar a la carrera. Pero para poder cursar la materia Didáctica de las Prácticas Acuáticas de 1er año es imprescindible superar una instancia evaluativa en el medio acuático que garantiza la seguridad para tomar clases futuras en natatorios con profundidad. El ingresante no podrá cursar dicha materia hasta que no lo demuestre. Fundamenta dicho criterio, la política cuidado enmarcada en el decreto 2299/11 “Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires”

## □ ETAPA N°4: INGRESO A LA CARRERA - MATRICULACIÓN

### *¿Cuáles son las condiciones que me convierten en ingresante a la carrera?*

- Haber finalizado la pre-inscripción en diciembre 2025
- Haber entregado la totalidad de la documentación (ítems 1 a 10) personalmente en el mes de febrero 2026
- Haber realizado los talleres para Ingresantes de acuerdo a las pautas establecidas.

**A CONTINUACIÓN SE ANEXAN LOS FORMULARIOS PARA COMPLETAR LAS DIFERENTES ETAPAS:**

- Formulario de Solicitud de Inscripción
- Notificación de requisitos de inscripción.
- Ficha Médica (La ficha médica debe completarse en todos los campos. Puede ser por un médico clínico o por especialidad. El único campo que no puede firmar un médico clínico es el odontológico, por ser una profesión diferente).
- El certificado traumatológico debe tener el texto citado en el documento con firma y sello de Traumatólogo.
- La vigencia de la ergometría es de un año y dos meses, de acuerdo con el criterio del médico interviniente en el ISFD N°84. (Ejemplo: si un joven se realizó una ergometría en enero de 2025, podrá presentarla hasta marzo 2026. De lo contrario deberá actualizarla)



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AÑO LECTIVO 20** \_\_\_\_\_  
**EDUCACIÓN SUPERIOR**  
 FORMACIÓN DOCENTE INICIAL. EDUCACIÓN SUPERIOR TÉCNICA  
 EDUCACIÓN SUPERIOR ARTÍSTICA

**N°** \_\_\_\_\_  
 (A completar por el establecimiento)

**DATOS ESTUDIANTE**

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Posee DNI argentino?  SI, y tiene el DNI físico  SI, pero NO tiene el DNI físico y se encuentra en trámite  
 SI, pero NO tiene el DNI físico y NO se encuentra en trámite  NO posee DNI argentino

Si respondió SI, indique número de DNI argentino: \_\_\_\_\_ CUIL: - -

Si respondió que NO tiene DNI argentino: ¿Posee Certificado de Pre-Identificación (CPI)?  SI  NO

¿Posee documento extranjero?  SI, tipo de doc.: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  NO

Identidad de género:  Mujer  Mujer trans / travesti  Varón  Varón trans / masculinidad trans  
 No binario  Otra  No desea responder

Lugar de nacimiento:  En Argentina  En el extranjero Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Solo para quienes marcaron Argentina: Provincia:  Buenos Aires  Otra (especificar): \_\_\_\_\_

Solo para quienes marcaron Buenos Aires: Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Torre: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Entre calle: \_\_\_\_\_ y calle: \_\_\_\_\_ Otro dato: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (cód. área: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (cód. área: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS**

¿Se hablan lenguas distintas al castellano en el hogar?  SI  NO

En caso afirmativo: Lengua/s indígena/s:  SI  NO Otra/s lengua/s:  SI  NO

¿Se reconoce perteneciente o descendiente de Pueblos Originarios?  SI  NO

Medio de transporte que utiliza para llegar al establecimiento: (marcar todas las opciones que correspondan)

A pie/Bicicleta  Colectivo  Tren  Vehículo particular  Taxi/Remis  Otro

¿Tiene alguna discapacidad?  SI  NO

En caso afirmativo, indique situación de discapacidad:

Auditiva: Hipoacúsica / Hipoacúsico  Auditiva: Sorda / Sordo  Intelectual  Motora

Múltiple  Neuromotora  Sordoceguera  Trastornos Emocionales Severos

Trastornos Específicos del Lenguaje  Visual: Ciega / Ciego  Visual: Disminuida / Disminuido visual

¿Posee Certificado Único de Discapacidad?  SI  NO

En caso afirmativo: ¿El certificado se encuentra vigente?  SI  NO

¿Requiere adecuaciones para acceder al curso?  SI  NO

En caso afirmativo: ¿Cuál/cuáles? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD**

¿Posee obra social?  SI  NO En caso afirmativo: Obra social: \_\_\_\_\_ N° Afiliado: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

¿Padece o ha padecido alguna o algunas de las siguientes condiciones de salud? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO		SI	NO
Asma / Broncoespasmos a repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta o no funcionamiento de algún órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncohematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas / Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencias (bajas defensas) por enfermedad o medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro problema en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo que haya requerido observación por guardia o internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras moderadas o severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mayor cansancio que sus compañeros o compañeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor fuerte en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tuvo alguna internación? (Marcar por SI o por NO y en caso afirmativo, completar las últimas columnas)

	SI	NO	¿Cuántas veces?	Indique la/s causa/s o diagnóstico/s
Internación en sala común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Internación en sala de cuidados intermedios/intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿Padece o ha padecido algún tipo de alergia grave?  SI  NO En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marcar por SI o por NO)

	SI	NO	¿Requirió internación?		SI	NO	¿Requirió internación?
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estacionales (Polen, ácaros, polvo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Recibe de manera habitual algún tipo de medicación?  SI  NO En caso afirmativo, ¿cuál?

¿Tuvo alguna operación?  SI  NO

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

¿en qué año?

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE INSCRIBE

Distrito: GENERAL PUEYRREDÓN

Sector de gestión:  Estatal  Privado

Nombre Instituto: INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE

Nº: 84

A completar por el establecimiento: Clave provincial: 0043IS0084

CUE: 0609156-00

## INSCRIPCIÓN

Se inscribe en carrera/s: PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA

Turno solicitado:  Mañana  Tarde  Vespertino

## ESTUDIOS CURSADOS

¿Tiene secundario completo?  SI  NO

En caso afirmativo, indicar tipo de institución que emite el título:

Bachiller en Educación Común  Bachiller en Educación Artística

Educación Técnica/ Educación Agraria  CENS / FinEs / CEBAS

Si no posee secundario completo, indicar número de acta o acto administrativo por el que ingresa (según art 7º de la Ley de Educación Secundaria):

Otros estudios superiores realizados:

Carrera: Completa:  SI  NO

Carrera: Completa:  SI  NO

Carrera: Completa:  SI  NO

#### DATOS DE CONTACTO PERSONA REFERENTE

Apellido/s: Nombre/s:

Teléfono: (cód. área: ) Teléfono celular: (cód. área: )

Vínculo con estudiante:

#### A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

N° de Legajo: N° de Matriz: N° de Folio:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de Declaración Jurada.

La persona abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

Firma: Aclaración:

Fecha de inscripción: / / Firma Directora o Director:

## Notificación de requisitos de inscripción



DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN  
DOCENTE N° 84

Mar del Plata, .....diciembre de 2025. En el día de la fecha me NOTIFICO fehacientemente, que para quedar inscripto como ASPIRANTE A INGRESO , debo entregar en la institución, la totalidad de la documentación que a continuación se detalla de acuerdo con las siguientes etapas de la inscripción y plazos establecidos para la misma:

### **Etapas I: Pre-Inscripción Virtual:**

- Completar el Formulario inscripción on line.
- Formulario de Solicitud de Inscripción
- Fotocopia de DNI 1° y 2° hoja o ambos lados de la credencial plástica (**copia legible**)
- foto color 4x4 fondo blanco o claro
- Título secundario, constancia de título en trámite, constancia de exámenes pendientes al mes de marzo 2026 o Constancia de alumno regular de 6to año del Nivel de Educación Secundario.
- Fotocopia de partida de nacimiento
- Formulario de Notificación de requisitos de Inscripción
- Apto Natación con la siguiente leyenda obligatoria: "Posee aptitud física para realizar natación de acuerdo a su edad y sexo" (puede ser firmado por un profesional médico matriculado de cualquier especialidad)
- Ficha médica completa y certificada por médico en todos los ítems o campos
- Ergometría con informe
- Certificado confeccionado por traumatólogo en el que diga textualmente que "**posee aptitud física para realizar actividades de alto impacto**"

Sorteo Ordenador de turnos y comisiones: Me notifico que seré parte del sorteo ordenador de turnos y comisiones, sólo de haber entregado en el período de pre-inscripción la totalidad de la documentación correspondiente a la Etapa I.

### **Etapas II: RATIFICACIÓN DE PRE-INSCRIPCIÓN (FEBRERO 2026)**

Me notifico que debo entregar en forma impresa

- La totalidad de la documentación entregada en la preinscripción virtual con el fin de ratificar mi inscripción como aspirante a la carrera.
- Pago de cooperadora no excluyente

### **Etapas III: Talleres para Ingresantes**

Me notifico de las condiciones de asistencia a los primeros Talleres que se desarrollan durante el mes de marzo de 2026 (sólo 1 inasistencia por taller)

La aprobación de la prueba de Prácticas Acuáticas como requisito indispensable para poder cursar la materia Didáctica de las Prácticas Acuáticas del 1er año.

.....

FIRMA

.....

APELLIDO, NOMBRE

.....

DNI

APELLIDO Y NOMBRE:		D.N.I.	
<b>A LLENAR POR EL ASPIRANTE</b> (Completar TODOS los ítems o campos antes de entregar al médico)			
¿Padece de alguna de éstas patologías?	SI	NO	
Asma			
Epilepsia			
Afección cardíaca			
Especificar alguna otra patología no mencionada:			
¿Tomás alguna medicación?			
Especificar:			
Otra información médica que se deba tener en cuenta:			
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA, CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.			
..... Lugar y fecha	..... Firma del aspirante	..... Aclaración	
<b>A LLENAR POR EL MÉDICO CLINICO</b> (Completar TODOS los ítems o campos)			
Edad:	Talla:	Peso:	Grupo sanguíneo: Factor Rh:
Indicar algún inconveniente y/o impedimento funcional en:			
Sistema respiratorio: .....			
Sistema cardiovascular: .....			
Sistema digestivo: .....			
Sistema neuroendócrino: .....			
Sistema ósteo-artro-muscular: .....			
Alteración metabólica (resistencia a la insulina, diabetes, hipertiroidismo, obesidad, otras de importancia) .....			
Análisis clínico de rutina: .....			
.....			

<b>EXAMEN OFTALMOLÓGICO Y OTORRINOLÓGICO</b>	<b>EXAMEN ODONTOLÓGICO</b>				
Agudeza visual: .....	Caries: .....				
V. cromática: .....	Con tratamiento: ..... Sin tratamiento:.....				
Agudeza auditiva: .....	Observaciones: .....				
<b>EL PROFESIONAL INTERVINIENTE DEBE CERTIFICAR EN EL SIGUIENTE RECUADRO EL APTO MÉDICO</b>		Firma y sello profesional odontólogo			
<i>Certifico al día de la fecha que la persona de esta ficha de salud tiene el APTO MÉDICO para realizar TODO TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA</i>		<b>PLAN DE VACUNACIÓN VIGENTE</b>			
Sello y firma del médico interviniente		VACUNAS	HEPATITIS B	HPV	DOBLE
		FECHAS			
<b>PARA LA INSTITUCIÓN</b>					
ADJUNTAR EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A ESTA PLANILLA					
<b>ESTUDIOS</b>		<b>PRESENTÓ</b>		<b>FECHA</b>	
Ergometría					
Certificado confeccionado por traumatólogo que diga: "Aptitud Física para realizar actividades de alto impacto"					
<b>OBSERVACIONES:</b>					

**Verifique que se hayan completado TODOS los ítems o campos – En caso de haber campos incompletos NO TENDRÁ VALIDEZ**

FICHA RECIBIDA POR:

FECHA: .....