



24 OCT 2017

RESOLUCIÓN N° **6385** SALTA,

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA
EXPEDIENTE N° 1200042-191219/16

VISTO la Ley N° 26.206 de Educación Nacional, la Ley N° 7546 de Educación de la Provincia, el Decreto N° 1754/15, el Decreto N° 3619/15 y la Resolución Ministerial N° 277/12 modificada por Resolución N° 543/13; y,

CONSIDERANDO:

Que los estudiantes con discapacidad pueden realizar trayectorias diversificadas a través de "Educación Integral para adolescentes y jóvenes con discapacidad" compartiendo espacios de formación en establecimientos del nivel de Educación Secundaria, Educación Técnica y de la modalidad Educación Permanente de Jóvenes y Adultos;

Que la Resolución N° 277/12 modificada por Resolución N° 543/13 no contempla este tipo de trayectorias para estudiantes con discapacidad;

Que todos los estudiantes con discapacidad tienen derecho a obtener una certificación que de cuenta de sus trayectos escolares en función de la Estructura Curricular de "Educación Integral de Adolescentes y Jóvenes con Discapacidad" según el Decreto N° 3619/15;

Que las competencias, saberes y capacidades desarrolladas en la propuesta educativa darán lugar, al finalizar el recorrido por la misma, a una certificación, teniendo la posibilidad de incluirse en el mundo del trabajo y definir nuevas alternativas educativas para su formación a lo largo de toda la vida;


Por ello;

LA MINISTRA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Ampliar la Resolución Ministerial N° 277/12 modificada por Resolución N° 543/13 incorporando la documentación que certifica el seguimiento del alumno en trayectoria escolar, para "Educación Integral de Adolescentes y Jóvenes con discapacidad" de modalidad educación especial, conforme a los anexos que forman parte de la presente.

ARTÍCULO 2°.- Comunicar, insertar en el libro de resoluciones y archivar.



Prof. Analía Berrueto
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología
Provincia de Salta

6385



Anexo

Modalidad Educación Especial

LIBRO MATRIZ

Año:

.....
Institución

En la ciudad deProvincia de Salta a los

Días del mes dedel Año 20....., la Dirección del.....
.....

Hace apertura del presente Libro Matriz correspondiente a Educación Integral para Adolescentes y Jóvenes con discapacidad, que consta de.....folios utilizables.

.....
Sello

.....
Firma Responsable



6385

Anexo

Modalidad Educación Especial

Folio:.....

Alumno/a:.....

Nacido/a en: el día: de de

DNI N° Ingresó con Certificado de:

1° Año

Orden	Espacios Curriculares	Calificación		Condición y establecimiento	Acta Folio N°	Fecha	Calificación Definitiva
			Letra				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Observaciones:.....

.....Firma:.....

2° Año

Orden	Espacios Curriculares	Calificación		Condición y establecimiento	Acta Folio N°	Fecha	Calificación Definitiva
			Letra				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Observaciones:.....

.....Firma:.....



6385

3° Año

Orden	Espacios Curriculares	Calificación		Condición y establecimiento	Acta Folio N°	Fecha	Calificación Definitiva
			Letra				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Observaciones:.....

.....Firma:.....

4° Año

Orden	Espacios Curriculares	Calificación		Condición y establecimiento	Acta Folio N°	Fecha	Calificación Definitiva
			Letra				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Observaciones:.....

.....Firma:.....



6385

5° Año

Orden	Espacios Curriculares	Calificación		Condición y establecimiento	Acta Folio N°	Fecha	Calificación Definitiva
			Letra				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Observaciones:.....

.....Firma:.....

Se hace acreedor del Certificado de Educación Integral para Adolescentes y Jóvenes con discapacidad con fecha :...../...../.....



6385

Anexo

Modalidad Educación Especial

CERTIFICADO ANALÍTICO DE TRAYECTORIA EN EDUCACIÓN INTEGRAL PARA
ADOLESCENTES Y JOVENES CON DISCAPACIDAD
INCOMPLETOS

Identificación del certificado Analítico

REPUBLICA ARGENTINA
LEY DE EDUCACIÓN NACIONAL N° 26.206
PROVINCIA DE SALTA
LEY DE EDUCACIÓN PROVINCIAL N° 7546
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA
MODALIDAD EDUCACIÓN ESPECIAL
DCTO. 3619/16

Las autoridades del Establecimiento Educativo (nombre exacto)

"....." C.U.E. N°.....

Ubicado en (domicilio).....

De la Ciudad de:..... Provincia de:.....

Certifican que (apellido y nombre completo del alumno/a).....

.....

Nacido/a en localidad:..... (provincia/país).....

El día..... Del mes de..... del año..... Tipo y N° de documento.....

Acredito los espacios curriculares que con sus respectivas calificaciones a continuación se expresan:



6385

Anexo

Modalidad Educación Especial

Primer Año				
Espacio Curricular	Calificación	Mes	Año	Establecimiento

Segundo Año				
Espacio Curricular	Calificación	Mes	Año	Establecimiento

Tercero Año				
Espacio Curricular	Calificación	Mes	Año	Establecimiento

Cuarto Año				
Espacio Curricular	Calificación	Mes	Año	Establecimiento

Quinto Año				
Espacio Curricular	Calificación	Mes	Año	Establecimiento

Observaciones:

.....

.....



6385

Anexo

Modalidad Educación Especial

El alumno/a (apellido y nombres completos).....

Con tipo y N° de documento....., concluyó el

Grado/año de Educación Integral para Adolescentes y Jóvenes con discapacidad (Dcto. N° 1754/15); Diseño Curricular aprobado por Dcto. N° 3619/15.

Fecha de traslado:..... de..... De

En fe de lo cual se extiende el presente certificado, sin raspaduras ni enmiendas en la ciudad de De la Provincia de

República Argentina, a los..... días del mes de..... Del año

.....
Sello del Establecimiento

Aclaración y firmas de las autoridades del Establecimiento Educativo



6385

Anexo

Modalidad Educación Especial

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE PASE

..... de de 20.....

Sr. Rector/ Director:

.....

El que suscribe:

.....

Padre/Madre/Tutor del alumno/a:

De Año del Establecimiento:

.....

Por las siguientes razones:

.....

.....

Solicita le conceda el PASE y Certificación de Estudios incompletos para la prosecución de estudios.

Saluda a Ud, muy atentamente.

.....

Firma del padre, madre o tutor.



6385

Anexo

Modalidad Educación Especial

CERTIFICADO DE PASE

PASE

Establecimiento Educativo:

Dirección Postal:

Teléfono:

Se hace constar que: (nombre del interesado):

De año. Plan de estudio de la Resol. 3619/15 Educación Integral para Adolescentes y Jóvenes con discapacidad; tiene en trámite su certificado de estudios incompletos. (certificado analítico parcial).

Datos Complementarios

Tipo y N° de Documento:

Curso completo aprobado:

Observaciones:

A pedido del/a interesado/a y a solo efecto de ser presentado ante las autoridades educativas que corresponda se extiende la presente, sin enmiendas ni raspaduras en la ciudad de:

a los días del mes de de año.....

..... Sello del establecimiento

Secretario/a

Director/a Rector/a

(troquelado)

La institución receptora:

CUE N° Con domicilio en

Jurisdicción de notifica a la institución de origen que el alumno/a:



6385 J

DNI N° ha sido matriculado en el presente
establecimiento.

.....

Sello del establecimiento

.....

Secretario/a

Director/a Rector/a





MODALIDAD EDUCACIÓN ESPECIAL

BOLETÍN DE CALIFICACIONES

..... AÑO DE EDUCACIÓN INTEGRAL

DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Reglamento General

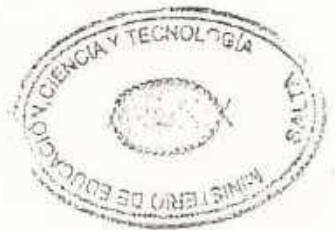
La trayectoria escolar del estudiante con discapacidad está acreditada mediante el presente instrumento formal del año y ciclo que corresponde. Cuenta con lo que efectivamente el estudiante ha adquirido en las distintas instituciones a las que asiste en términos de competencias, saberes y capacidades adquiridos acorde a las configuraciones de apoyo y los apoyos previstos según su necesidad.

Sres. Padres o Tutores:

La educación de su hijo/a es responsabilidad compartida entre la institución y la familia por lo que requiere un seguimiento permanente y conjunto, que favorezca su desarrollo.

Acérquese a la escuela, apoye al equipo directivo en su tarea y con él, conozca y comprenda a su hijo en sus procesos de crecimiento.

Establecimiento	Fecha		Pase al Establecimiento	Firma del Director/a
	Ingreso	Egreso		



6385

Establecimiento: Localidad:
 Año/Ciclo: División: Turno: Orientación:
 Alumno/a: D.N.I. N°: Período de Actividades Educativas:

Espacios Curriculares	Trimestre			Calificación Final	Instancia de Examen Diciembre	Instancia de Examen Febrero	Calificación Definitiva
	1°	2°	3°				

Inasistencia			
1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre	Total
Observaciones:.....			

Firma de la autoridad del Establecimiento: / / Resultado Final:
 Firma del Alumno: / / Pasa a:
 Firma de Padre, Madre o Tutor: / /



6385



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

REPUBLICA ARGENTINA

DIRECCION GENERAL DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

MODALIDAD EDUCACIÓN ESPECIAL

Por cuanto el alumno

.....
D.N.I. N°, nacido en la Localidad de:.....

Provincia:..... el día..... del mes del año.....

CONCLUYO SU TRAYECTORIA EN EDUCACIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

en el CEI N° en el Colegio N° Nombre:.....

con Orientación en.....

Localidad:..... Departamento:..... en el Año.....

Se expide el presente CERTIFICADO conforme a la Ley de Educación Nacional N° 26.206 y la Ley de Educación Provincial N° 7546; Dcto. 3619/15.

Director/a del CEI

Coord. Educación Especial

Dirección General de Educación Secundaria



6385



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

REPUBLICA ARGENTINA

DIRECCION GENERAL DE EDUCACIÓN TECNICA

MODALIDAD EDUCACIÓN ESPECIAL

Por cuanto el alumno

.....

D.N.I. N°, nacido en la Localidad de:.....

Provincia:..... el día..... del mes del año.....

CONCLUYO SU TRAYECTORIA EN EDUCACIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

en el CEI N° en la EET N° Nombre:.....

con Orientación en.....

Localidad:..... Departamento:..... en el Año:.....

Se expide el presente CERTIFICADO conforme a la Ley de Educación Nacional N° 26.206 y la Ley de Educación Provincial N° 7546; Dcto 311/16.

Director/a del CEI

Coord. Educación Especial

Dirección General de Educación Técnica



6385



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

REPUBLICA ARGENTINA

DIRECCION GENERAL DE EDUCACIÓN TECNICA

MODALIDAD EDUCACIÓN ESPECIAL

Por cuanto el alumno

D.N.I N°, nacido en la Localidad de:.....

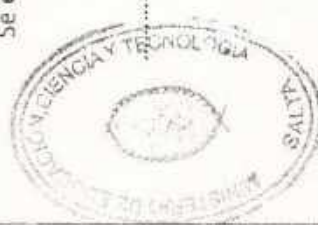
Provincia:..... el día..... del mes del año.....

CONCLUYO SU TRAYECTORIA EN EDUCACIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

en el SERVICIO DE EDUCACIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES Y JOVENES CON DISCAPACIDAD DE LA EEE N°.....

Localidad:..... Departamento:..... en el Año:.....

Se expide el presente CERTIFICADO conforme a la Ley de Educación Nacional N° 26.206 y la Ley de Educación Provincial N° 7546; Dcto. 3619/15.



**COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

Director/a de la EEBES **COPIAFIEL** Coord. Educación Especial

Dirección General de Educación Secundaria

Prof. Analla Berrueto
Ministra de Educación, Ciencia y Tecnología

Sección de Registro y Matriculaciones
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología