

DATOS DEL ALUMNO

Fecha: _____ Grado: _____
Nombre completo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Número de hermanos: _____
Datos certificado de nacimiento: Folio: _____ Libro: _____ Partida: _____
Lugar de nacimiento: _____ CUI: _____
Nacionalidad: _____ Sexo: _____
Religión: _____

REFERENCIAS

Colegio anterior: _____ Teléfono: _____
Grados cursados: _____
Causa de su retiro: _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre completo: _____
Dirección casa: _____
Teléfono casa: _____ Celular: _____
Profesión: _____ Edad: _____
Lugar de trabajo: _____
Dirección de trabajo: _____
Puesto que ocupa: _____ Teléfono de trabajo: _____
Dirección correspondencia: _____
E-mail: _____ CUI: _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dos referencias familiares: (Nombre, parentesco, dirección, teléfono de casa y celular)

1. _____

2. _____

DATOS DEL PADRE

Nombre completo: _____

Dirección casa: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____

Profesión: _____ Edad: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de trabajo: _____

Puesto que ocupa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección correspondencia: _____

E-mail: _____ CUI: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dos referencias familiares: (Nombre, parentesco, dirección, teléfono de casa y celular)

1. _____

2. _____

PERSONA(S) AUTORIZADA(S) PARA RECOGER AL ALUMNO

NOMBRE

CUI:

1. _____

2. _____

3. _____

PERSONA ENCARGADA

(CUANDO EL NIÑO NO VIVA CON SUS PADRES)

Nombre completo: _____

Dirección casa: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____

Edad: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de trabajo: _____

Puesto que ocupa: _____

Teléfono de trabajo: _____

Dirección correspondencia: _____

E-mail: _____ CUI: _____

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DE HERMANOS:

EDADES

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Personas con las que vive actualmente el niño: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Además de los padres o encargados, avisar a:

NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO DE CASA Y CELULAR:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

DATOS MÉDICOS

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Hospital: _____ Teléfono: _____

Enfermedades que ha padecido anteriormente: _____

¿Padece de alguna enfermedad actualmente? (especifique): _____

Alergia a medicamentos: _____

Operaciones quirúrgicas: _____ Tipo de sangre: _____

Enfermedad que padece: _____

Medicamentos que toma: _____

En emergencia avisar a (nombre, teléfono casa, celular): _____

DATOS PARA EMITIR FACTURAS:

NOMBRE: _____

NIT: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE Y FIRMA

PADRE: _____

MADRE: _____

ENCARGADO: _____