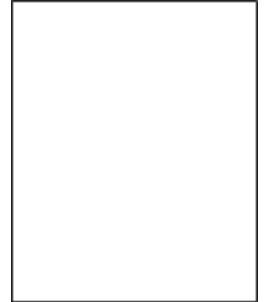


FICHA DE INSCRIPCIÓN

Fecha de matrícula: _____

I. DATOS DEL NIÑO(A)

Apellidos : _____
Nombre(s) : _____
Como suelen llamarlo : _____
Fecha de Nacimiento : _____ DNI/CE _____
Nacionalidad : _____ Distrito donde nació _____
Domicilio : _____
Distrito : _____ Teléfono de casa: _____
Idioma : _____ Religión : _____



II. DATOS DE LA FAMILIA

1.- DEL PADRE

Apellidos y Nombres : _____
Fecha de Nacimiento : _____ Edad _____ DNI/CE/PASAPORTE _____
Nacionalidad : _____ Dpto _____ Prov _____ Distrito _____
Domicilio : _____
Estado Civil : _____ Celular _____
Profesión : _____ Grado de Instrucción _____
Centro de trabajo : _____ Cargo _____
Dirección de trabajo : _____ Teléf. de trabajo: _____
Email : _____ Religión: _____

2.- DE LA MADRE

Apellidos y Nombres : _____
Fecha de Nacimiento : _____ Edad _____ DNI/CE/PASAPORTE _____
Nacionalidad : _____ Dpto _____ Prov _____ Distrito _____
Domicilio : _____
Estado Civil : _____ Celular _____
Profesión : _____ Grado de Instrucción _____
Centro de trabajo : _____ Cargo _____
Dirección de trabajo : _____ Teléf. de trabajo: _____
Email : _____ Religión: _____

3.- DEL APODERADO

Apellidos y Nombres : _____
Parentesco : _____ DNI: _____

4.- DE LA FAMILIA

El niño (a) vive con _____

Supervivencia de padres: _____

N° de hermanos : _____ Mayores _____

Menores _____

Puesto que ocupa dentro de los hermanos: _____

Teléfonos de emergencia:

1.- _____ Parentesco: _____ Nombre y Apellido: _____

2.- _____ Parentesco: _____ Nombre y Apellido: _____

3.- _____ Parentesco: _____ Nombre y Apellido: _____

Responsable de compromiso de pago: _____ Email : _____

III.DATOS CLÍNICOS

El niño(a) es atendido en: _____ Seguro: _____

Pediatra : _____ Telef/Cel. _____

Enfermedades : _____ Alergias: _____

En caso de emergencia clínica a la que desea asistir: _____

En caso de presentar fiebre/dolor de estómago en el nido:

- Fiebre /malestar : doloral panadol
- Dolor de estómago: plidan aseovet

IV. HISTORIA ESCOLAR

Estuvo en un nido anteriormente: Sí ___ No ___ Little Ones () Otros () ¿Cuál?: _____

El niño(a) ha recibido algún tipo de terapia o nivelación: _____

Especificar: _____

Colegios a los que le gustaría que su niño(a) postule:

1era opción: _____ 2da opción: _____ 3ra opción: _____

V. AUTORIZACIÓN DE SALIDA (en caso no sean los padres)

1.-Parentesco: _____ Nombres y Apellidos : _____ DNI: _____

2.-Parentesco: _____ Nombres y Apellidos : _____ DNI: _____

* Nos comprometemos a cumplir las normas e indicaciones que la institución nos pida, brindando así, nuestro apoyo incondicional en el desarrollo integral de nuestro niño(a).

Firma del Padre

Firma de la Madre