



Fecha de inscripción _____

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

Apellidos _____

Nombres _____

Edad _____ fecha de nacimiento, día _____ mes _____ año _____

Nacionalidad _____ Lengua Materna _____

Dirección _____

Aplica para el nivel _____

Colegio de procedencia _____

Teléfono del colegio de procedencia _____

Persona responsable de pagar la colegiatura del niño/a:

Nombre y apellidos _____

Cédula _____

Salario mensual _____

Empresa en la cual labora _____

Teléfono Celular _____

Teléfono de la empresa _____

DATOS FAMILIARES

Nombre de la madre _____

Dirección _____

Cédula _____ Teléfono Res. _____ Móvil _____

Lugar de trabajo _____

Ocupación _____ Nivel académico _____

Email _____

Nombre del padre _____

Dirección _____

Cédula _____ Teléfono Res. _____ Móvil _____

Lugar de trabajo _____

Ocupación _____ Nivel académico _____

E-mail _____

¿Con quién vive el niño o la niña?

En caso de emergencia debemos contactar a:

Nombre y apellido _____

Teléfono Res. _____ Móvil _____

Nombre y apellido _____

Teléfono Res. _____ Móvil _____

HABLAMOS DE TI

Mi juguete favorito es _____

y me gusta jugar con (computadoras, video-juegos, otros juegos electrónicos) _____

_____.

Me asusta _____. Mi lugar de juegos favoritos es

_____.

Me encanta comer _____. Es normal que vea _____ horas de televisión y

mí programa favorito es _____.

Comparto la mayor parte del tiempo con _____. Mi mascota favorita es

_____.

¿QUÉ ESPERAS DEL CENTRO?

HISTORIAL MÉDICO

Complicación de parto _____

Favor explicar las complicaciones

PADECIMIENTOS

Catarros Fuertes _____ Asma _____ Epilepsia _____

Hipoglicemia o Hipoglucemia _____

Diabetes _____

Alergias _____

¿A qué? _____

Otros _____

ENFERMEDADES PADECIDAS (Marca con una X)

Varicela _____ Paperas _____ Rotavirus _____

Adenoides _____ Sarampión _____ Hepatitis _____

Otras _____

Por favor, indique cualquier dificultad orgánica del niño(a) que debamos saber _____ . Cualquier recomendación que debamos tomar en cuenta

Altura _____ Peso _____ Visión _____ Audición _____

Tipo de sangre _____ Factor RH _____

Otros comentarios que consideres relevantes

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO _____

Teléfono _____

Fecha _____

Nota: Favor agregar una tarjeta de presentación del médico y copia del seguro de salud del niño.

Firma del padre, madre o tutor _____