

Actualización de Datos

Foto del
niño / niña

Requisitos:

- 6 Fotos del Niño:
- Copia del Control de Vacunas Actualizado

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombres y Apellidos:

DATOS DE LOS PADRES

Nombre y Apellido de la **MADRE**:

Estado Civil: _____ Edad actual: _____ Ocupación: _____

Dirección de habitación:

Teléfono hab.: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico:

Lugar y Dirección de Trabajo:

Teléfonos oficina: _____ Correo electrónico oficina: _____

Nombre y Apellido del **PADRE**:

Estado Civil: _____ Edad actual: _____ Ocupación: _____

Dirección de habitación:

Teléfono hab.: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico:

Lugar y Dirección de Trabajo:

Teléfonos oficina: _____ Correo electrónico oficina: _____

Correo electrónico:

INFORMACION PARA EMERGENCIAS

Nombre del Pediatra:

Teléfonos del Pediatra:

En caso de urgencias y no poder localizar al representante, llamar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfonos: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfonos: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfonos: _____

INFORMACION ADICIONAL

¿Presenta Alergias no informadas con anterioridad? : SI NO . Explique : _____

¿Ha sido operado el último año? SI NO . Explique: _____

¿En caso de fiebre alta que medicamento suele darle?: _____ Dosis: _____

Indique si hay alguna otra información acerca de su hijo que usted crea que es importante que nosotros conozcamos: _____

Nombre

Firma

Fecha