

DATOS DEL ESTUDIANTE

Fecha: _____

Grado que cursará: _____

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de hermanos: _____

Datos Certificado de Nacimiento Folio: _____ Libro: _____ Partida: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Sexo: _____

REFERENCIAS

Colegio anterior: _____ Teléfono: _____

Grados cursados: _____

Causa de su retiro: _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre completo: _____

Dirección casa: _____

Teléfonos: _____ Documento de identificación (DPI): _____

Edad: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de trabajo: _____

Puesto que ocupa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección para correspondencia: _____

E-mail: _____

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: _____

Teléfonos: _____ Documento de identificación (DPI): _____

Edad: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de trabajo: _____

Puesto que ocupa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección para correspondencia: _____

E-mail: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

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

1. _____

2. _____

PERSONA ENCARGADA (CUANDO EL ALUMNO NO VIVA CON SUS PADRES)

Nombre completo: _____

Dirección casa: _____

Teléfonos: _____ Documento de identificación (DPI): _____

Edad: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de trabajo: _____

Puesto que ocupa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección para correspondencia: _____

E-mail: _____

DATOS FAMILIARES

Nombre de hermanos

Edades

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Personas con las que vive actualmente el alumno: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Además de los padres o encargados, avisar a:

Nombre, dirección, teléfono de casa y celular

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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

Nombre

Doc. de identificación

1. _____
2. _____
3. _____

DATOS MÉDICOS

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Hospital: _____ Teléfono: _____

Enfermedades que ha padecido anteriormente: _____

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

Alergia a medicamentos: _____

Operaciones quirúrgicas: _____

Medicamentos que puede tomar en el colegio: _____

Medicamentos que toma en casa: _____

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

DATOS PARA EMITIR FACTURAS:

Nombre: _____

NIT: _____

Dirección: _____

NOMBRE Y FIRMA:

Padre: _____

Madre: _____

Encargado: _____