

**FICHA DE RE-INSCRIPCIÓN
(ESTUDIANTES REGULARES)
ACTUALIZACIÓN DE DATOS**



Año Escolar: _____

Educación Inicial

Etapa _____

Nivel: Educación Primaria

Grado _____

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Media General

Año _____

Nombres y Apellidos: _____

C.I. ó Cédula Escolar: _____ Sexo: F ___ M ___ Nacionalidad: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Habitación: _____

Teléfono de Hab. _____ Cel: _____ Email: _____

Edad: al 30-09 _____ Fecha de Ingreso: _____

DATOS DEL PADRE:

Nombres y Apellidos: _____ C.I. _____

Nacionalidad: _____ Profesión: _____

Nombre de la Empresa donde trabaja: _____ Cargo: _____

Actividad Comercial de la Empresa (Describa detalladamente): _____

Telf.Ofic.: _____ Cel: _____ Email: _____

Dirección de Habitación (si es diferente a la del estudiante): _____

DATOS DE LA MADRE:

Nombres y Apellidos: _____ C.I. _____

Nacionalidad: _____ Profesión: _____

Nombre de la Empresa donde trabaja: _____ Cargo: _____

Actividad Comercial de la Empresa (Describa detalladamente): _____

Telf. Ofic.: _____ Cel: _____ Email: _____

Estado Civil de los Padres: Casados _____ Divorciados _____ Solteros _____ Otro (Especifique) _____

Si ambos Padres no viven juntos, con cual de los dos tiene el estudiante su residencia fija: _____

Nombre del Padrastro o Madrastra: _____ Tlf: _____

DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO:

Nombre y Apellido _____ Parentesco: _____

Telf.: _____ EMail: _____

Datos de Domiciliación: Tarjeta de Crédito _____ Banco: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE:

Representante: Padre/Madre/Otro (parentesco): _____
Nombre (en caso de no ser los padres): _____
Cédula: _____ Profesión: _____ Ocupación: _____
Telf. Hab.: _____ Celular: _____

OTROS DATOS:

Vehículo (s) del Representante: (1) _____ N° de Placa: _____
(2) _____ N° de Placa _____
Viene en Transporte: Indique Cual: _____ Telf. _____

DATOS MÉDICOS:

SINTOMAS	MEDICAMENTO	DOSIS
Fiebre		
Dolor de Cabeza		
Malestar Estomacal		
Alergias		
Alérgico a:		
Algún Medicamento en particular:		

Nota: No se suministrará ningún medicamento traído por el alumno desde su casa sin previa autorización escrita del Representante.

CONTACTO/UBICACIÓN**TELEFONOS DE EMERGENCIA (Diferentes al de los Padres)**

Es importante mantener actualizada información sobre números telefónicos, correos electrónicos, otros, personales de los familiares.

<i>NOMBRE</i>	<i>PARENTESCO</i>	<i>TELEFONO</i>

AUTORIZACIÓN:

Autorizo al Personal Directivo y/o Docente de I.D.E.A. Para asumir la responsabilidad sobre mi representado, en caso de un accidente o emergencia dentro del colegio.

Nombre del Representante: _____

C.I.: _____ Fecha: _____ Firma: _____