



Solicitud de Inscripción

*Entregar con 2 fotos del alumno(a) tamaño infantil y las fotografías de las dos personas autorizadas para recogerlo.

Nombre completo del alumno(a)		Fecha	
Grado que cursa	Edad (años y meses):		
Dirección			

Información de contacto

Nombre completo de la mamá		Ocupación	
Teléfono de casa	Teléfono celular		Email
Teléfono del trabajo			
Nombre completo del papá		Ocupación	
Teléfono de casa	Teléfono celular		Email
Teléfono del trabajo			
Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia		Teléfono:	

Desarrollo

Última calificación en matemáticas				Últimos 3 colegios en que ha estudiado
Nacimiento	Parto	Cesárea		Colegio De: A:
Nació a las	semanas			1.-
Lateralidad	Zurdo	Diestro	Ambidiestro	2.-
Usa anteojos	SI	NO		3.-
Enfermedades importantes				¿Algo especial que quieras que sepamos de tu hijo(a)?
¿Toma medicamentos?	SI	NO		
¿Cuáles?				