

SANTA RITA - SANTA RITA - SANTA RITA - SANTA RITA

## DOCUMENTOS:

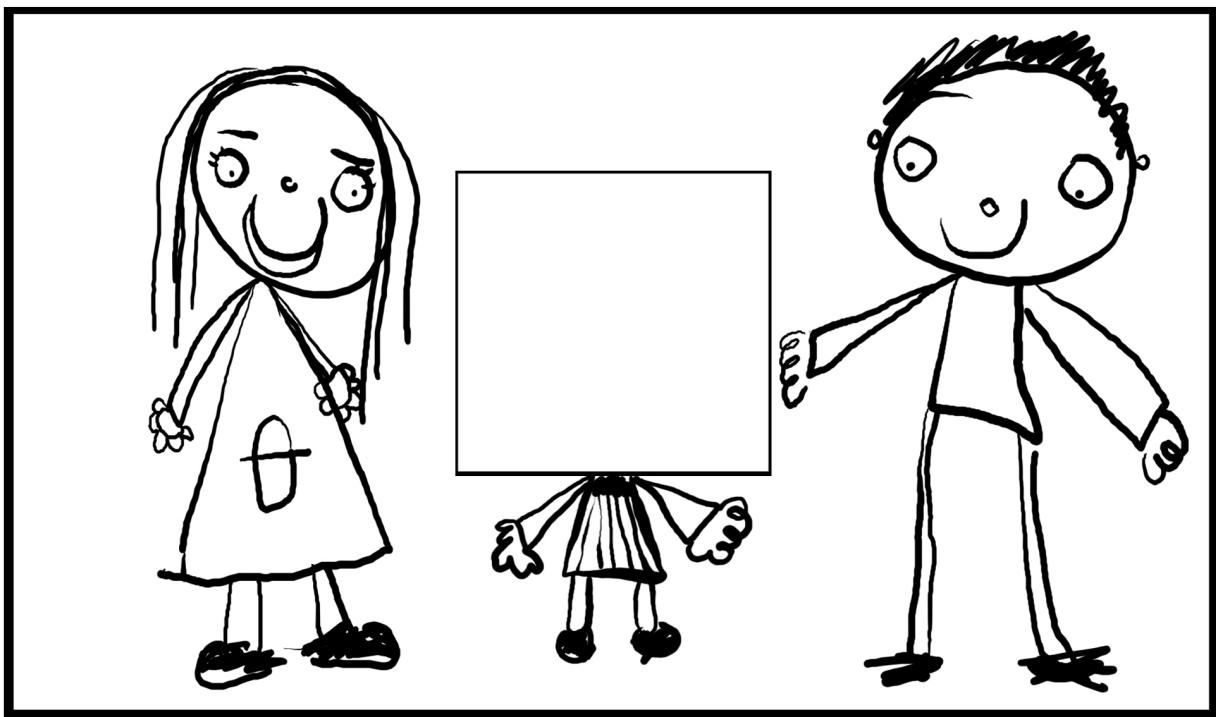
(original y fotocopia)

- Partida de nacimiento
- D.N.I.
- Vacunas
- Fe de bautismo
- D.N.I. de mama y papa

4 fotos de 4x4

Santa Rita  
Te 4566-9005  
Interno 1

# INSCRIPCION AL NIVEL INICIAL



## DATOS DEL ALUMNO

Apellido y Nombre:.....

D.N.I. Nº:.....

Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Lugar:.....

Nacionalidad:.....

Domicilio:.....

Código Postal:..... Tel:.....

Telefonos para llamar en caso de emergencia:

.....

.....

.....

.....

# DATOS DEL PADRE



Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar:..... Nacionalidad:.....

Documento de Identidad Tipo:..... Nro ..... Estado civil:.....

Profesión:..... Empresa:.....

Cargo:..... Tel:.....

# DATOS DE LA MADRE



Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar:..... Nacionalidad:.....

Documento de Identidad Tipo:..... Nro ..... Estado civil:.....

Profesión:..... Empresa:.....

Cargo:..... Tel:.....

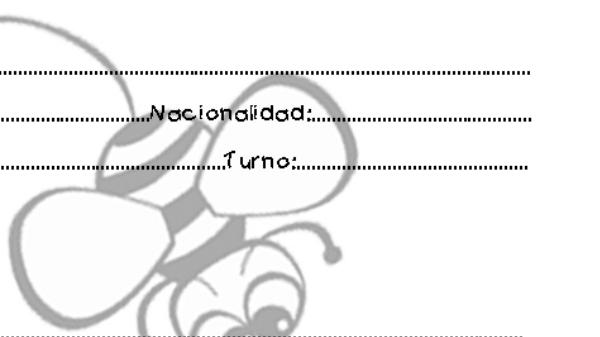
# DATOS DE LOS HERMANOS



Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar:..... Nacionalidad:.....

Concurre a esta institución:SI/NO., Grado / Año:..... Turno:.....



Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Lugar:..... Nacionalidad:.....

Concurre a esta institución:SI/NO., Grado / Año:..... Turno:.....

## PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL NIÑO

Nombre y Apellido

Parentesco

D.N.I.

Teléfono

---

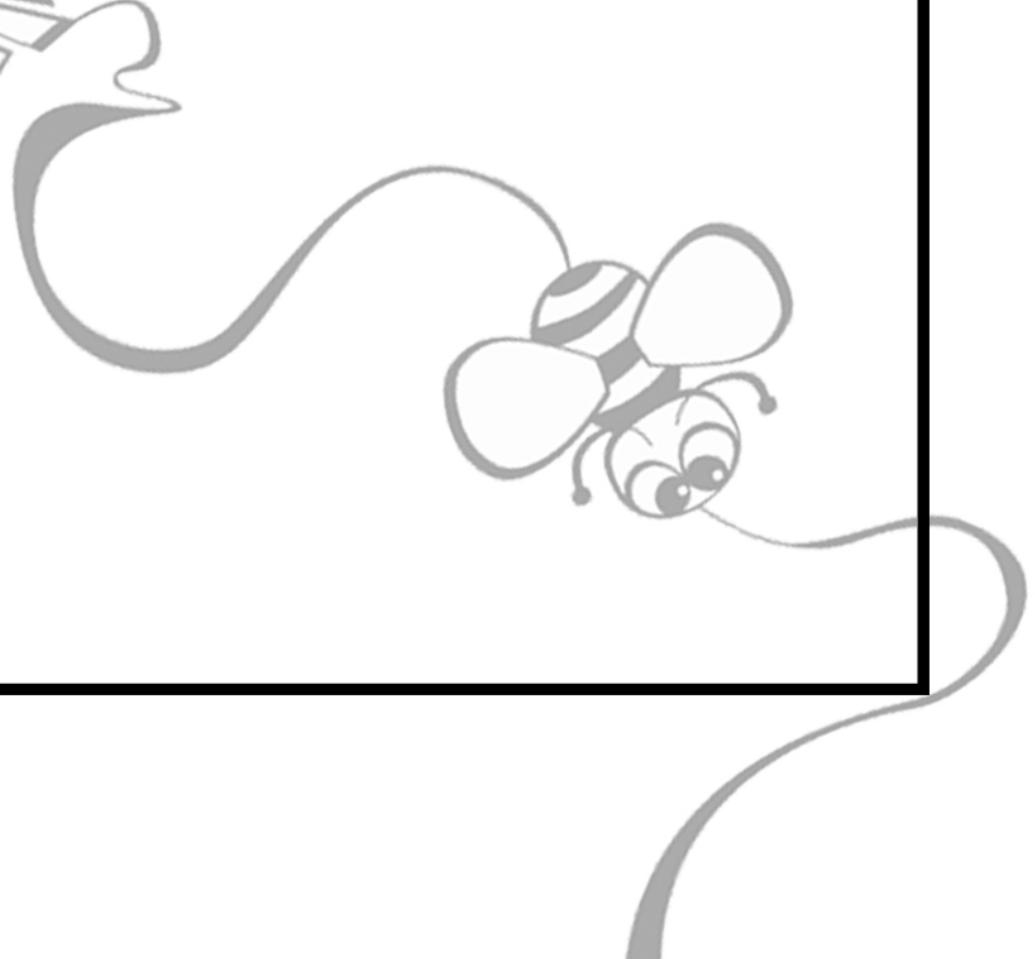
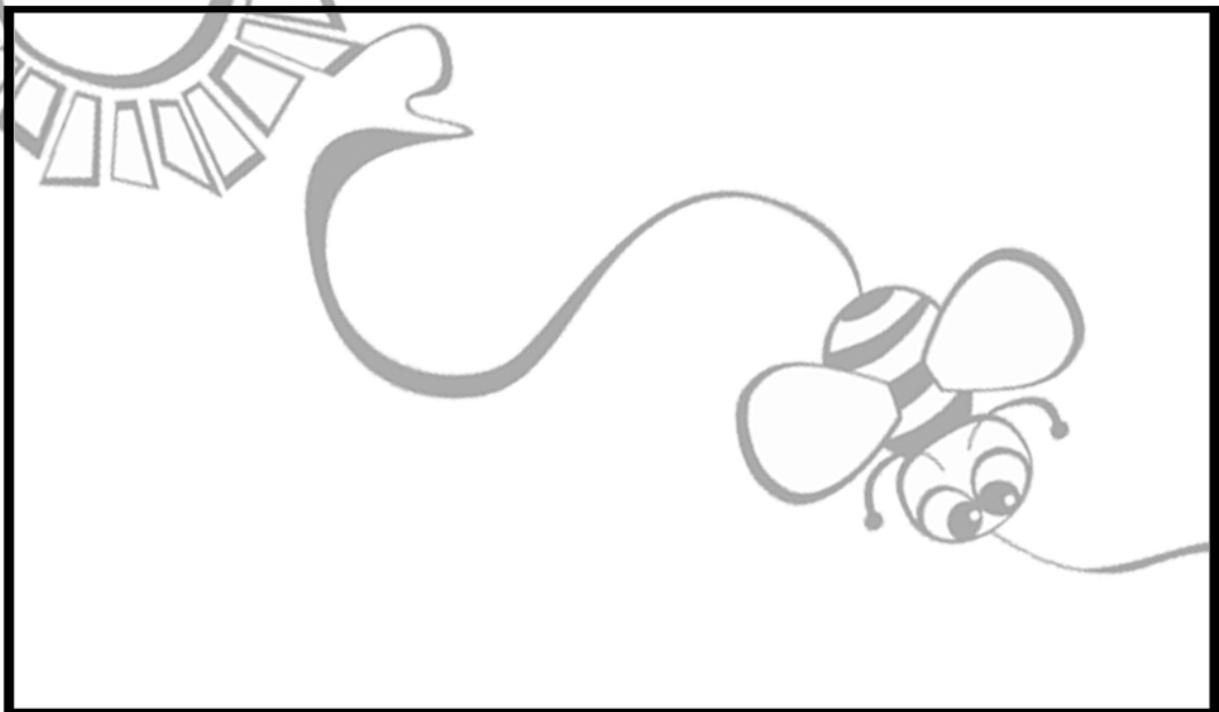
---

---

---

---

## FOTOCOPIAS DEL DNI



# ANTECEDENTES DE ESCOLARIDAD

¿Concurrió antes a algún establecimiento? SI/NO

¿Cuál es?.....

¿Cuanto Tiempo?.....

Dirección:.....

Teléfono:.....



# SALUD DEL NIÑO

Enfermedades que padeció:

.....

¿Tiene alguna enfermedad en la actualidad? Si / No Detallar

.....

¿Toma algún medicamento? Si / No ¿Cuál?

.....

¿Es alérgico a algo? Si / No Detallar

.....

¿Tuvo alguna operación? Si / No Detallar

.....

Datos de la Obra social y pediatra

Nombre de la Obra social:

Nro de Afiliado:

Apellido y Nombre del Pediatra:

Teléfono:

Firma del Padre

Firma de la Madre