

Inscripción para el año: _____

Grado al que se matricula: _____

INICIAL

PRIMARIA

SECUNDARIA

Fecha: _____

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Género: _____

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

Identificación DNI N° _____

Fecha de nacimiento: _____
Año Mes Día

Ciudad de nacimiento: _____

Dpto. de nacimiento: _____

Dirección residencia: _____

Distrito Res: _____

Ciudad Res: _____

Dpto. Res: _____

Email: _____

Grupo RH: _____

Hnos. hombres: _____

Hnas. mujeres: _____

Lugar entre Hnos.: _____

Vive con: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Religión: _____

2. DATOS DEL PADRE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

Identificación DNI N° _____

Fecha de nacimiento: _____
Año Mes Día

Ciudad de nacimiento: _____

Profesión: _____

Centro de trabajo: _____

Domicilio: _____

Celular: _____

Telf. residencia: _____

3. DATOS DE LA MADRE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

Identificación DNI N° _____

Fecha de nacimiento: _____
Año Mes Día

Ciudad de nacimiento: _____

Profesión: _____

Centro de trabajo: _____

Domicilio: _____

Celular: _____

Telf. residencia: _____

4. DATOS DEL APODERADO

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

Identificación DNI N° _____

Centro de trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____
Año Mes Día

Domicilio: _____

Celular: _____

Ciudad de nacimiento: _____

Telf. residencia: _____

Profesión: _____

5. HISTORIA CLÍNICA DEL ESTUDIANTE

Tipo de seguro: ESSALUD SIS PRIVADO NINGUNO OTRO

Seguro: _____

Clínica autorizada: _____

ESTADO GENERAL DE SALUD: Si padece o tiene problema del siguiente listado, por favor describalo.

1.- Problema de visión: _____

2.- Problema de audición: _____

3.- Problemas que lo incapaciten: _____

4.- Problemas de asma: _____

5.- Problemas de alergias: _____

6.- Sueño insuficiente e intranquilo: _____

7.- Problemas de somnolencia: _____

8.- Inapetencia o rechazo a alimentos: _____

9.- Problemas de sobre alimentación: _____

10.- Problemas de epilepsia: _____

11.- Problemas de ansiedad: _____

12.- Otro problema. Cuál?: _____

Describe si está en algún tratamiento (si no está en ningún tratamiento, escriba NO).

Medicamentos permanente (si no necesita ningún medicamento, escriba NO).

Si ha sufrido alguna enfermedad que usted considere importante describala (si no ha sufrido ninguna, escriba NO).

Es alérgico a algún medicamento: SÍ NO CUÁL: _____

En caso de enfermedad llamar a: MADRE PADRE APODERADO/A

Observaciones: