

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN				NUMERO	DIA	MES	AÑO				
<b>GRADO AL QUE ASPIRA</b>											
Jardín	Transición	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>1.) INFORMACION DEL ASPIRANTE</b>											
Nombres y Apellidos											
Lugar, fecha de nacimiento				Edad							
Documento de Identidad				Tipo		Sexo					
				RC	TI	F	M				
Entidad de Salud				RH:							
Está Afiliado a Comfachocó		S	N	Tipo de Afiliado	Trabajador	Beneficiario	Categoría				
							A	B	C	D	
Enfermedades sufridas											
Enfermedades Actuales											
Actualmente Vivo con		Papá	Mamá	Otro							
Alguna discapacidad		Física	Mental	Otra							
<b>2.) INFORMACION DE LOS PADRES</b>											
Nombre del Padre				Documento de Identidad							
Dirección de Residencia											
Teléfono Fijo				Celular							
Empresa donde labora o actividad				Teléfono(s)							
Profesión											
Email											
Nombre de la Madre				Documento de Identidad							
Dirección de Residencia											
Teléfono Fijo				Celular							
Empresa donde labora o actividad				Teléfono(s)							
Profesión											
Email											

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ACUDIENTE

SELLO DE LA INSTITUCION

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_