



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

No°

## Sección 1: Datos del niño/niña

Fecha de inscripción: ..... / ..... / .....  
Día Mes Año

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Sexo:  M  F Edad: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Nacionalidad: .....  
Día Mes Año

### Domicilio

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Apto: .....

Provincia: ..... Sector: ..... Teléfono: .....

### Centro Educativo de Procedencia

(Complete sólo si este o el año pasado el niño/niña concurrió a otro centro )

Nombre: .....  Estatal  Privado

Provincia: ..... Sector: ..... Teléfono: .....

¿Cuántos años estuvo en este centro? .....

### Otros Datos

¿Cuántos hermanos tiene? ..... ¿Qué lugar ocupa entre los hermanos? ..... ¿Cuántos en este Establecimiento? .....

## Sección 2: Datos de familiares/tutores

Estado de los padres:  Casados  Separados  Unión Libre

### Madre

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Nacionalidad: ..... Profesión u ocupación: .....

Vive con el infante:  Si  No N° de Cédula: ..... N° de Pasaporte: .....

### Domicilio

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Apto: .....

Provincia: ..... Sector: ..... Teléfono: .....

### Padre

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Nacionalidad: ..... Profesión u ocupación: .....

Vive con el infante:  Si  No N° de Cédula: ..... N° de Pasaporte: .....

### Domicilio

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Apto: .....

Provincia: ..... Sector: ..... Teléfono: .....

**Tutor/Responsable**

Parentesco/Vinculo con el niño/niña .....

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Nacionalidad: ..... Profesión u ocupación: .....

Vive con el infante:  Si  No N° de Cédula: ..... N° de Pasaporte: .....**Domicilio**

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Apto: .....

Provincia: ..... Sector: ..... Teléfono: .....

**Otra Persona Autorizada para Retirar al Niño/Niña del Centro**

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Tipo de Documento: ..... N° Documento: .....

Vinculo/Parentesco con el niño/niña: ..... Teléfono: .....

**Sección 3: Datos relacionados a la salud del niño/niña**¿Posee el niño/niña seguro médico?  Seguro básico  Seguro privado  Otro .....  No posee

Tipo de Sangre .....

¿Padece el niño/niña alguna de las siguientes enfermedades? (Marque las respuestas que correspondan)

 Alergias .....  Cardiovasculares .....  
Especificar ..... Especificar ..... Asma o enfermedades respiratorias .....  Diabetes .....  
Especificar ..... Tipo ..... Otras .....  Ninguna  No sabe  
Especificar .....**Medicamentos sin prescripción**

Cuáles medicamentos nos autorizan a suministrar al niño/niña en caso de:

Fiebre: .....

Dolor de estómago: .....

Dolor de cabeza: .....

Alergias: .....

**Información del Pediatra**

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Centro Médico: ..... Teléfono: .....

Dirección: .....

¿Posee el niño/niña alguna dificultad o discapacidad?  Si  No (Si la respuesta es negativa pase a la Sección 4)

### Discapacidades

- Auditivas:  Sordera  Hipoacusia (sordera parcial) • Intelectual:  Leve  Moderada  Profunda
- Visual:  Ceguera  Baja visión • Psicosocial:  Trastorno Psicosocial  Trastorno del Espectro Autista (TEA)
- Síndrome de Down • Física: .....  
Especificar

### Trastornos Específicos

- Del Aprendizaje: .....  
Especificar
- Del Lenguaje: .....  
Especificar
- Otros: .....  
Especificar

## Sección 4: Datos de Contacto

### En situaciones de emergencia contactar a:

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Vinculo/Parentesco con el niño/niña: ..... Teléfono: .....

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Vinculo/Parentesco con el niño/niña: ..... Teléfono: .....

Nombre: ..... Apellido/s: .....

Vinculo/Parentesco con el niño/niña: ..... Teléfono: .....

### Adjuntar:

- Acta de Nacimiento del niño/niña
- 3 Fotografías 2x2
- Copia de la tarjeta de vacunas
- Copia de la cédula o pasaporte del padre y la madre o tutor
- Fotocopia de su seguro médico
- Certificado médico
- Tomar cita para la evaluación psicológica (tendrá un costo de RD\$500 pagaderos el mismo día de la evaluación)
- Manita limpia grande
- Termómetro

.....  
Firma del padre/madre/tutor/responsable

.....  
Nombre del padre/madre/tutor/responsable