



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 concurre 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 o Pasaporte: Correo:

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 o Pasaporte: Correo:

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 o Pasaporte: Correo:**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\$1,000 pagaderos el mismo día de la evaluación)
- Manita limpia grande
- Termómetro

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

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