



ACTUALIZACIÓN DE DATOS 2010- 2011



1.- Datos del niño (a):

Nombres y Apellidos: _____

Nivel a cursar: _____ Edad para Septiembre 10 _____ años y _____ meses

Nombre de la persona que suministra los datos: _____

¿Tiene hermanos? No _____ Si _____ ¿Cuántos? _____ Posición del niño en orden descendente: _____

¿Con quién vive el niño (a)?: _____

2.- Datos Familiares

Nombre y apellido de la **MADRE**: _____ C.I _____

Dirección de la casa: _____

Teléfono: _____ Teléfono Móvil: _____

Dirección del trabajo: _____

Teléfono: _____

Dirección electrónica: _____ Estado civil: _____

Nombre y apellido del **PADRE**: _____ C.I _____

Dirección de la casa: _____

Teléfono: _____ Teléfono Móvil: _____

Dirección del trabajo: _____

Teléfono: _____

Dirección electrónica: _____ Estado civil: _____

¿Quién cuida al niño(a) durante el tiempo que esta en casa?

Mama: _____ Abuela: _____ Tía: _____ Otro: _____ ¿Quién?: _____

¿A quién se puede llamar en caso de emergencia?

Apellido y Nombre: _____

Teléfonos: _____ Parentesco: _____

Apellidos y nombres del Representante: _____

Parentesco: _____ C.I. No. _____ Edad: _____

Durante el año escolar 2009- 2010

¿Ha Padecido de alguna afección que requiera especial atención?

¿Ha sometido a alguna operación a su representado (a)? Si _____ No _____

¿Qué tipo de operación? _____

¿Ha sufrido caídas o fracturas? Si _____ No _____

¿Qué tipo de fractura? _____

¿Ha convulsionado? Si _____ No _____

Medicamento _____ Dosis _____

Dificultades Observadas

¿Ha observado algún tipo de dificultad en el niño(a)? _____

¿Cómo la ha resuelto? _____

¿Ha asistido alguna vez a consultas con psicólogos, psicopedagogos, neurólogos, terapeuta del lenguaje, otros? Si _____ No _____ (si la respuesta es afirmativa, indique el por qué de la visita

¿Por qué? _____

Características del niño emitidas por el representante

Enumere por lo menos cinco (5) cualidades del niño(a): _____

Enumere algún tipo de temor que presente el niño(a): _____

Datos Generales

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL NIÑO:

Nombre y apellido: _____ C.I. _____ Nexo _____

Nombre y apellido: _____ C.I. _____ Nexo _____

Nombre y apellido: _____ C.I. _____ Nexo _____

Nombre y apellido: _____ C.I. _____ Nexo _____

En caso de una emergencia y no podemos localizarle, ¿Ud. autoriza al personal del Colegio a llevar a su hijo(a) a un Centro Medico para solucionar la Emergencia?.

Estoy de acuerdo: _____ No estoy de acuerdo: _____

Yo, _____ de C.I. _____, Representante de _____ me comprometo a cancelar las mensualidades los 5 primeros días de cada mes y a cumplir a **cabalidad** las Normas de Convivencia de la Institución.

Firma _____ Fecha _____

Observaciones que desee agregar al expediente de su hijo (a)
