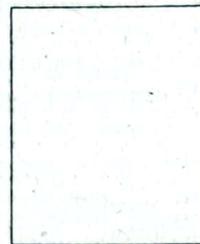


FICHA DE INSCRIPCIÓN



Datos del alumno y acudientes:

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ NUIP \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Grado al que ingresa \_\_\_\_\_ Motivo del retiro \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ cc \_\_\_\_\_

Entidad donde labora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ cc \_\_\_\_\_

Entidad donde Labora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Servicios solicitados (marque con una X en cada característica)

jornada continua \_\_\_\_\_ Extendida: \_\_\_\_\_

lonchera si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Transporte: Completo \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia

Avisar a \_\_\_\_\_

Nombre de la E.P.S. \_\_\_\_\_ Afiliación No: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Medicina prepagada: \_\_\_\_\_ Contrato No: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

MODELIA  
Calle 23G No. 81C-09  
Cel.3023252934  
Email: elarcadelsaber1@gmail.com

Otros datos importantes:  
 Padres separados: Si \_\_\_ No \_\_\_ Reciben asistencia psicológica: \_\_\_\_\_  
 Con quien vive el niño o niña: \_\_\_\_\_  
 El niño o niña sufre de alguna alergia?: Si \_\_\_ No \_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_  
 El niño o niña a asistido a otros jardines? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuales? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Acudiente: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Cédula: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

ACEPTO LAS POLITICAS ADMINISTRATIVAS DEL JARDIN ARCA DEL SABER, PACTO DE CORRESPONSABILIDAD, CONTRATO, PAGARE Y AUTORIZACION POR LOS 10 MESES DEL AÑO LECTIVO \_\_\_\_\_

- RECORDAR INCLUIR TODOS LOS ACUDIENTES CON CEDULA QUE VEAN NECESARIOS PARA EFECTOS DE RETIRO DEL MENOR

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre

\_\_\_\_\_  
 firma de la madre

\_\_\_\_\_  
 firma del acudiente

OBSERVACIONES:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ A partir de la fecha cuenta con 5 días máximo, para la legalización de la presente matricula.
- El presente formulario no obliga al jardín a hacer efectiva la matricula sin los requisitos solicitados y pagos estipulados alguna documentación únicamente con previa autorización.