



FORMULARIO DE INSCRIPCION

Datos del alumno:

Apellidos: _____
Nombres: _____
Lugar y fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Religión: _____
Grado al que ingresa: _____
Nombre de la Madre: _____
Entidad donde labora: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
E-mail: _____
Nombre del padre: _____
Entidad donde Labora: _____
Dirección: _____
E-mail: _____
Teléfono: _____ Celular: _____

Servicios solicitados (marque con una X en cada característica)

Modalidad :

Presencial : ☐ semipresencial: ☐ virtual: ☐ Alternancia: ☐

Horario _____

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: _____

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: _____

_____	_____	_____
Firma del padre	firma de la madre	firma del acudiente

OBSERVACIONES:

- _____ A partir de la fecha cuenta con 15 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.