

COLEGIO ESPÍRITU SANTO – NIVEL INICIAL

Alumno..... Salita..... Año.....

Fecha de nacimiento..... D.N.I del niño/a.....

Domicilio..... Tel:.....

Nombre del Padre..... Prof. u Ocupación.....

Tel fijo Tel celular..... Tel laboral

Nombre de la Madre Prof. u Ocupación.....

Tel fijo Tel celular..... Tel laboral

Nombre y edad de hermanos del niño

.....

.....

¿Qué molestia física presenta con mayor frecuencia? Por ejemplo: garganta, estomago, alergias, operaciones, medicación, enfermedades, etc. Agregue cualquier otro dato que considere significativo

.....

.....

En caso de necesidad, **otro** adulto responsable (**autorizadas a retirar**) poder llamar en horario de clases:

Nombre:..... Parentesco:..... Tel:.....

Nombre:..... Parentesco:..... Tel:.....

Mutual a la que pertenece:

Clínica u Hospital donde se atiende:

Informa los datos correspondientes a las personas que están **autorizadas** a retirar a su hijo/a del Colegio

Nombre y Apellido

D.N.I

Parentesco

.....

.....

.....

SI / NO autorizo a mi hijo o hija a ser fotografiado y/o filmado con fines pedagógicos y didácticos para uso interno de la Institución o ser compartido al resto de las familias.

.....

Firma y aclaración de los padres