



COLEGIO ESPÍRITU SANTO
Jorge Isaacs 4847. B° Parque Liceo Tel / Fax: 492-1988

FICHA PERSONAL DEL ALUMNO/A AÑO 2025
NIVEL INICIAL

SALA: _____ SECCIÓN: _____

Apellido y Nombres del Alumno/a: _____
D.N.I.: _____ Fecha Nac. : _____
Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Domicilio: _____ Nº: _____ Tel Particular: _____
Barrio: _____ Código postal: _____ Provincia: _____ Si
el alumno/a está bajo tratamiento médico, indique de qué tipo: _____
_____ Si
el alumno/a es alérgico, indique tipo de alergia: _____ Servicio
Médico de emergencia familiar: _____ En el Colegio
"Espíritu Santo", cantidad de hermanos/as que asisten (citar nombre y apellido) Nivel Inicial: _____
_____ Nivel Primario: _____ Nivel Secundario: _____ Con quién vive el niño/a: _____

Apellido y Nombres del Padre o Tutor: _____
Nacionalidad: _____ D.N.I.: _____ Domicilio _____
_____ Profesión: _____
_____ Trabaja actualmente? SI NO Nombre o Razón Social del Trabajo: _____
_____ Tel Laboral: _____ Tel Part: _____ Otro: _____
_____ Celular: _____ Firma y Aclaración del Padre o Tutor: _____

Apellido y Nombres de la Madre o Tutor: _____
Nacionalidad: _____ D.N.I.: _____ Domicilio _____
_____ Profesión: _____
_____ Trabaja actualmente? SI NO Nombre o Razón Social del Trabajo: _____
_____ Tel Laboral: _____ Tel Part: _____ Otro: _____
_____ Celular: _____ Firma y Aclaración de la Madre o Tutor: _____
