



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

FICHA PERSONAL DEL ALUMNO/A AÑO 2027
NIVEL INICIAL

SALA: _____

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: _____ En que

sala/grado/curso: _____ 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: _____ Correo: _____

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: _____ Correo: _____

Firma y Aclaración de la Madre o Tutor