



# Semillitas del Saber

## Formulario de Inscripción 2024

info@semillitasdelsabercolon.com  
www.semillitasdelsabercolon.com

### SERVICIOS POR INSCRIBIR

SELECCIONE LOS QUE APLIQUEN

MATERNAL

PRE-ESCOLAR

GUARDERÍA

### DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A)

EDAD AL INICIO DEL AÑO ESCOLAR

CÉDULA

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

BARRIADA

CORREGIMIENTO

DISTRITO

TELÉFONO

### DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

TIPO DE SANGRE

SÍ  NO

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD

SÍ  NO

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO

SÍ  NO

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO

SÍ  NO

ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO

SÍ  NO

FUE PREMATURO

DE CUANTOS MESES

SÍ  NO

RECIBIO ESTIMULACIÓN

### DATOS DEL PADRE

NOMBRE

APELLIDO

CÉDULA

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN

OCUPACIÓN

LUGAR DE TRABAJO

### DATOS DE LA MADRE

NOMBRE

APELLIDO

CÉDULA

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN

OCUPACIÓN

LUGAR DE TRABAJO

SÍ  NO

REALIZO CONTROLES DE NATALIDAD

**DATOS DEL ACUDIENTE**

LLENAR SI USTED NO ES UNO DE LOS PADRES

NOMBRE

APELLIDO

CÉDULA

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN

OCUPACIÓN

LUGAR DE TRABAJO

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE

**DATOS DE SEGURIDAD**

QUIEN RETIRARÁ AL ESTUDIANTE DEL CENTRO

PERSONAS ADICIONALES

**OBSERVACIONES IMPORTANTES**

*¿Qué observaciones importantes debemos saber en el centro para mejor atención y conocimiento del estudiante?*

FIRMA DEL ACUDIENTE

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA DE ADMISIÓN (D/M/A)