

FORMULARIO DE CONTROL DEL ESTUDIANTE

COLEGIO

MIS PEQUEÑOS ANGELES EIRL

AÑO:

2022

INDICACIÓN:

La información consignada tiene el valor de una declaración jurada, por lo que se pide escribir con letra imprenta y legible. Los campos con el símbolo (*) son obligatorios.

DATOS DEL ESTUDIANTE												
NOMBRES *					APELLIDOS *				FECHA * NACIMIENTO			
NIVEL *					GRADO *				SECCIÓN			
TIPO DOC *	DNI	Pasaporte	Carné extranjería	Nº DOC. *				PAÍS *				
PARTO (Marcar)	Normal		Complicado		RELIGIÓN *				ORIGEN (Marcar)	Nuevo	Ratificado	
DIRECCIÓN COMPLETA *							DISTRITO					
EDAD DE ACTIVIDAD PSICOMOTRIZ / LENGUAJE DEL ESTUDIANTE												
SE SENTÓ	Años:		Meses:		SE PARÓ	Años:		Meses:		CAMINÓ	Años:	Meses:
CONTROLÓ ESFINTERES	Años:		Meses:		LEVANTÓ LA CABEZA	Años:		Meses:		GATEÓ	Años:	Meses:
PRIMERAS PALABRAS	Años:		Meses:		HABÓ CON FLUIDEZ	Años:		Meses:				
DATOS DE PAPÁ												
NOMBRES *					APELLIDOS *				FECHA * NACIMIENTO			
TIPO DOC *	DNI	Pasaporte	Carné extranjería	Nº DOC. *				PAÍS *				
MOVIL					CORREO				ESTADO CIVIL			
ESTUDIOS (Marcar)	Primaria y/o secundaria	Instituto	Univarsidad	OCUPACIÓN				Vive con hijo (Marcar)	SI	NO	Fallecido	
DIRECCIÓN COMPLETA *							DISTRITO					
DATOS DE MAMÁ												
NOMBRES *					APELLIDOS *				FECHA * NACIMIENTO			
TIPO DOC *	DNI	Pasaporte	Carné extranjería	Nº DOC. *				PAÍS *				
MOVIL					CORREO				ESTADO CIVIL			
ESTUDIOS (Marcar)	Primaria y/o secundaria	Instituto	Univarsidad	OCUPACIÓN				Vive con hijo (Marcar)	SI	NO	Fallecido	
DIRECCIÓN COMPLETA *							DISTRITO					
DATOS DEL ACUDIENTE												
NOMBRES *					APELLIDOS *				PARENTESCO Y MÓVIL			
DATOS MEDICOS												
SEGURO (Marcar)				NOMBRE (Marcar)	SIS	ESSALUD	EPS/Clinica	GRUPO SANGUÍNEO				
DIRECCIÓN SEGURO							DISTRITO					
¿Usa lentes para escribir?	SI	NO		¿Usa lentes para leer?	SI	NO		¿Tiene pie plano?	SI	NO		
DESCRIBIR ALERGIAS												
DESCRIBIR CUIDADOS MEDICOS												

DECLARACIÓN JURADA: DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos registrados son reales. ACEPTO, que los datos serán usados por el centro educativo para informar al padre, madre y apoderado(a) de cualquier aspecto relacionado con el servicio educativo que se le ofrece a su pupilo(a), mediante citaciones administrativas, notificaciones físicas al domicilio, y /o notificaciones electrónicas por teléfono fijo, teléfono móvil y bandeja de correo electrónico. AUTORIZO, que en caso de emergencia, la escuela traslade a mi pupilo(a) al centro de salud señalado en el presente documento.



Firma y huella digital del apoderado(a) titular

Nombre: _____

DNI: _____

Parentesco: _____