

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
ACADEMIA GEDEON 2024

Registro Confidencial del Alumno
GRADO ESCOLAR _____

I. Nombre del Niño (a) _____

NOMBRE

APELLIDO

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Cédula _____ Tipo Sangre _____

II. Nombre del Padre: _____ Cédula _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo _____ Tel. _____

III. Nombre de la Madre: _____ Cédula _____

Ocupación _____ Lugar de Trabajo _____ Tel. _____

IV. Acudiente: _____ Cédula _____

Parentesco: _____ Teléfono Acudiente _____

Dirección _____ Tel. _____

V. ¿Con quién vive el niño? _____ Dirección _____ Tel. _____

VI. Correo electrónico: _____

VII. ¿Viaja en BUSITO? SI NO

Conductor _____ PLACA N° _____

Dirección _____ Tel. _____

VII. Sufre de ALERGIAS SI NO

A qué: _____

VIII. Colocar X a las enfermedades Padecidas.

Varicela Asma Sarampión Alfombrilla as _____

IX. ¿Toma algún MEDICAMENTO? SI NO UÁL? _____

X. ¿Cuántos Hermanos tiene? _____. ¿Qué lugar ocupa entre ellos? _____

En caso de URGENCIA llamar a: _____ Tel. _____

Parentesco: _____ Dirección: _____

Recuerde: Su niño no será entregado a ningún menor de edad, ni a persona sin previa autorización.

ENTERADO (A) _____ Fecha _____