

CENTRO DE ESTUDIOS SANTA MARIA

Calle 2da. Esq. 5 Urbanización Reparto Rosa, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom. Tel.: 809-922-5088 E-mail:centrodestudiosantamariahotmail.com RNC 130767752

FICHA DE INSCRIPCION

Datos Personales del Estudiante

Nombres:		Apellidos:		
Nombres: Sexo: m () f () Fecha de na Libro Folio Acta	cimiento:	'E	dad:Datc	s del acta de Nac
Libro Folio Acta	Año Nad	cionalidad:		
Religión	No. de hermanos:	Lugar que	ocupa entre he	rmanos:
Religión Fecha de admisión:	Grado:	E-N	ИАIĹ	
Datos escolares				
			T 1/1	•
Colegio o escuela anterior: Fec Años de escolaridad:	la a da a a l'ala :	D	I elei	ono
Grado anterior: Fec	na de salida:	Promovi	ao() Repitente	() Reentrante()
Anos de escolandad.	Lugar donde	inicio la securida	ana	
Historial de salud				
Vacunas: Polio() Viruela() M Tuberculosis/Tosferina() Administración: ¿Es alérgico a ¿Es alérgico a la Penicilina? _ ¿Posee alguna condición méd explicando a detalle su condición	medicamentos? Esp ¿Es alérgico a a ica?: Especifique) ¿Se encuentra en a	pecifique: lgún colorante? algún tratamient	Especifique: _ (<i>Entregar</i> o farmacológic	una certificación o?
Tiene necesidades: Auditivas(Doctor@) Motoras() Visua	ıles() Otro:		
Doctor@	Centro de salu	ıd:	Tel	
Datos relativos a los padres ¿Con quién vive? Sector Nombre de la madre: Céd	•	rección ·		
Sector	Municipio:	Te	el. Casa	
Nombre de la madre:		Niv	el académico:	
Céd	Cel.		Correo	
electrónico				
Lugar de Trabajo		el	Ext	
Nombre del padre:		Nivel	académico:	
Céd Cel	Cor	reo electrónico_		
Lugar de Trabajo		el	Ext	
Nombre del tutor/a:		Nivel	académico:	
Céd Cel	Cor	reo electrónico_		
Lugar de Trabajo		el	Ext	
Personas a llamar en caso d				al tutor):
Nombre:	Relación	Tel		Cel:
Nombre:	Relación			Cel:
Nombre:	Relación	Tel		Cel:
Datos generales que el mae		do conducto? F	- apooifiquo:	
¿Tiene el niño/a alguna condic ¿Ha sido tratado por un espec	ion de aprendizaje 0 ialista?·	i ut conducia? E a ciando modio:	zspecilique	
Ci la sido tratado por um espec	ιαιισια: ¿⊏δι	a sicilao ilicalo	auu :	

Diagnóstico:	Centro de salud:	
Doctor@	Centro de salud:	Tel
deportivo?	e participar en todas las actividades que sin ¿Puede usted participar y apoyar las di a el centro? entro publicar imágenes de las diferentes ac	ferentes actividades de recaudación
Para los estudiante	es del Nivel Inicial	
¿Autoriza usted a la necesario? cuando sea necesari	maestra o ayudante a cambiar el pañal des ¿Autoriza a la maestra o ayudante a b io?	sechable del niño(a) cuando sea añar y cambiar de ropa al niño(a)
Referente a la entra	ada / salida	
 Las puertas del C ésta hora deben tardanza. Luego c La salida de los e o Nivel Inicia o Nivel Prima o Nivel Secu o Tanda Exte El colegio no se después de la heconflictos escenif Especificar si el e 1. 2. 3. Si cambia de tra anterioridad a la 	ansporte o persona encargada de busca a dirección y/o maestra, de lo contrario	de los actos de entrada, después de de lo contrario se considerará una spendidos a sus hogares. as 12:30 P.M. ue permanezcan dentro del centro ria. No somos responsables de los después de la hora de salida. se le debe entregar?: ar al estudiante debe notificar con no entregaremos estudiantes sin
	caso de tener a alguna persona que	
Referente a los con	npromisos económicos	
A partir del día 5Tanda Extendida	efectuarse del 25-30 de cada mes. de cada mes se cobrará un 10% de recargo : Por cada media hora transcurrida después monestación por compensación a los maes	s del horario de salida establecido,
PERSONA RESPON	SABLE QUE INSCRIBE:	
FirmaCédula:	Fecha:	