

**CENTRO DE CUIDO Y DESARROLLO INFANTIL DE MONTES DE ORO
MATRICULA CURSO LECTIVO 2017**



Información del Niño(a)

Nombre I Apellido II Apellido

Fecha de Nacimiento Edad Cumplida

Grupo Sanguíneo: _____.

Enfermedad/Padecimiento: () si () No Especifique _____.

Discapacidad: () si () No Especifique _____.

Alérgico: () si () No Especifique _____.

A tenido referencia psicológica el niño(a): () si () No Especifique _____.

Información Encargado(a)

Nombre I Apellido II Apellido

Número de Cédula de Identidad

Dirección Exacta:

Número de teléfono Casa Número de teléfono Celular Número de teléfono Trabajo

En Caso de Emergencia Llamar _____.

Firma _____ Fecha: _____.