

**CENTRO EDUCATIVO**

**CASTILLO DE LUZ**

INSCRIPCIÓN 2024

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Apellidos: ..... Nombre: .....

Fecha nacimiento: ..... Lugar de nacimiento: .....

Número de Cédula: ..... Responsable financiero: .....

Dirección donde reside el alumno: .....

Nivel que cursa en 2024:.....

**INFORMACIÓN DE LA MADRE**

Nombre del Madre: .....

Dirección del Madre: .....

Lugar de empleo del Madre: .....

Teléfono de residencia: ..... Teléfono de trabajo: .....

Celular: ..... Correo electrónico:.....

Cedula: .....

**INFORMACIÓN DEL PADRE**

Nombre del Padre: .....

Dirección del Padre: .....

Lugar de empleo del Padre: .....

Teléfono de residencia: ..... Teléfono de trabajo: .....

Celular: ..... Cedula: ..... Correo electrónico:.....

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL ALUMNO**

Padece de alguna enfermedad: Sí ..... No ..... Tipo de Sangre: ..... Compañía de Seguro Médico..... N°. de póliza.....

En caso de que su respuesta sea Sí

Especifique:.....

Toma algún tipo de medicamento: Sí ..... No ..... Cuál .....

Nombre del médico de cabecera:..... Teléfono: .....

**PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL ALUMNO(A) Distinta a papá y mamá**

1. ....

2. ....

3. ....



Firma del padre o acudiente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_