



Unidad Educativa "Nueva California"

Año Lectivo 2021 – 2022

Ficha de Inscripción de Matricula

***Datos del alumno(a):** _____ ***Año de Básica** _____

***Cedula/Pasaporte N:** _____

***Nombres:** _____ ***Apellidos:** _____

***Fecha de Nacimiento (Día, mes, año):** _____

***Edad Cumplida hasta el 13 de abril** _____

***Nacionalidad:** _____ ***Sexo:** _____

***Dirección:**

***Calle principal:** _____

Numero: _____ **calle secundaria:** _____

Provincia: _____ **Cantón:** _____ **Parroquia:** _____

***Teléfono de domicilio:** _____ ***Celular** _____

Institución Educativa de Procedencia _____

Teléfono de la Institución Educativa de Procedencia _____

Email de la institución educativa de procedencia _____

***País de Procedencia** _____

El alumno es huérfano de: Padre _____ **Madre** _____

***A quien acudir en caso de Emergencia**

Nombre y Apellidos: _____

Parentesco _____ **Teléfono:** _____

Datos Familiares

Personas con las que vive el (la) estudiante,

Papá y Mama _____

Papá: _____

Mamá: _____

Abuelos: _____

Otros: _____



Unidad Educativa

"Nueva California"

Si los padres son separados (Quien mantiene la tutela)

Nombre: _____

Parentesco: _____

Tiene hermanos dentro de esta Institución Educativa Si _____ NO _____

Si su respuesta es afirmativa especifique:

Apellidos	Nombres	Grado

***Datos del Representante y/o Persona a la que se factura :**

Cedula /Pasaporte N° / RUC : _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Dirección : _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Parentesco: _____

Nivel de Educación: _____ Especialidad: _____

Lugar de trabajo: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo _____

Vive con el Estudiante: Si _____ No _____



Unidad Educativa

"Nueva California"

***Datos del Padre:**

Cedula /Pasaporte N°: _____
Nombres: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____
Estado Civil: _____ Celular: _____
Email: _____
Nivel de Educación: _____ Especialidad: _____
Lugar de trabajo: _____
Cargo: _____ Teléfono del trabajo _____
Vive con el estudiante: Si _____ No _____ Representante: Si _____ No _____
Autorizado para retirar al estudiante: Si _____ No _____

***Datos de la Madre:**

Cedula /Pasaporte N°: _____
Nombres: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____
Estado Civil: _____ Celular: _____
Email: _____
Nivel de Educación: _____ Especialidad: _____
Lugar de trabajo: _____
Cargo: _____ Teléfono del trabajo _____
Vive con el estudiante: Si _____ No _____ Representante: Si _____ No _____
Autorizado para retirar al estudiante: Si _____ No _____



Unidad Educativa

"Nueva California"

*Historial Clínico del Aspirante

¿El Estudiante toma algún medicamento especial? Si ____ NO ____

Si su respuesta es afirmativa especifique: _____

¿Sufre el estudiante a algún tipo de alergias a comidas, medicina, picadura de abeja, o alguna otra sustancia? Si ____ NO ____

Si su respuesta es afirmativa especifique: _____

*Firma: _____

Nota: Favor llenar con letra de imprenta
La información contenida en el presente formulario es confidencial

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA

INFORMACION VERIFICADA POR:
