

**INSTITUTO DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA BILINGÜE EMMANUEL**  
**FORMULARIO DE MATRÍCULA**  
**PERIODO DE MATRICULA 2017**



**DATOS DEL ESTUDIANTE**

1. Nombre completo del niño(a): \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_
3. Dirección actual del niño(a): \_\_\_\_\_
4. Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ N° de Cédula: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial \_\_\_\_\_
5. Teléfono de familiar / conocido: \_\_\_\_\_ preguntar por: \_\_\_\_\_
6. En caso de urgencia llamar a: \_\_\_\_\_ al Tel. \_\_\_\_\_
7. Correo electrónico actualizado: \_\_\_\_\_
8. Grado para el cual se matricula el niño(a): \_\_\_\_\_
9. Motivo por el cual decidió cambiar al niño(a) de escuela: \_\_\_\_\_
10. Por que medio se enteró de nuestra Escuela: \_\_\_\_\_

**SALUD**

11. ¿Sufre el niño(a) de alguna enfermedad? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
12. Es alérgico a algún tipo de comida, medicamento u otros \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
13. El(a) niño(a) está tomando algún medicamento o está sometido a algún tipo de tratamiento médico: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
14. El colegio pertenece a un programa de salud, ¿Desea que se les suministre el desparasitante \_\_\_\_\_, sales de hierro \_\_\_\_\_ y vitaminas \_\_\_\_\_.

**DATOS FAMILIARES**

15. Nombre del padre del niño(a): \_\_\_\_\_
16. Nombre de la madre del niño(a): \_\_\_\_\_
17. Nombre del acudiente: \_\_\_\_\_, y dirección: \_\_\_\_\_
18. Ocupación del padre: \_\_\_\_\_ ingreso mensual: \_\_\_\_\_
19. Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_ ingreso mensual: \_\_\_\_\_
20. Si el niño(a) no viajara en transporte colegial, nombrar a dos personas que puedan retirar al niño(a) con autorización escrita del acudiente y copia de cédula de la persona quién retirará al estudiante: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS PRESENTADOS A LA DIRECCIÓN**

Certificado de Nacimiento escolar \_\_\_\_\_ Certificado de salud con tipo de sangre \_\_\_\_\_  
Certificado de buena conducta \_\_\_\_\_ Dos fotos tamaño carnet \_\_\_\_\_ Copia de boletín \_\_\_\_\_  
Acumulativo Escolar (Modelo F) \_\_\_\_\_ Copia de tarjeta de vacuna \_\_\_\_\_ Copia de céd. del acud. \_\_\_\_\_

Certifico que todas las respuestas colocadas son verdaderas y el haber ocultado cualquier dato solicitado en la presente hoja me confiere exclusiva responsabilidad del mismo. La Dirección se reserva el derecho de admisión del interesado para el presente y posteriores años lectivos de comprarse falsedad en la información suministrada.

Nota: En la medida en que esta información cambie diríjase a la dirección para hacer las correcciones necesarias. Utilice la parte de atrás para cualquier observación que quiera adicionar a esta información.

Me comprometo a cancelar la totalidad del año escolar de mi acudido por la suma B/. \_\_\_\_\_ de no ser así autorizo a el director administrativo que haga los arreglos pertinentes para cancelar dicha deuda.

Firma del Acudiente: \_\_\_\_\_

No. De Cédula: \_\_\_\_\_