

**FECHA DE MATRICULA**

Día Mes Año

DATOS DEL NIÑO

NOMBRES	APELLIDOS
DIRECCIÓN	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
TELF. FIJO DE CASA	TEL. FIJO DE UN FAMILIAR <i>(ANADIR UN NOMBRE)</i>
RELIGIÓN	

DATOS FAMILIARES**DATOS DE LA MADRE**

NOMBRES	APELLIDOS
DIRECCIÓN	CC
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
TELF. FIJO DE CASA	CELULAR
PROFESIÓN U OCUACIÓN	
CENTRO DE TRABAJO	
E-MAIL	ESTADO CIVIL

DATOS DEL PADRE

NOMBRES	APELLIDOS
DIRECCIÓN	CC
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
TELF. FIJO DE CASA	CELULAR
PROFESIÓN U OCUACIÓN	
CENTRO DE TRABAJO	
E-MAIL	ESTADO CIVIL

DATOS DE LOS HERMANOS

NOMBRE DE LOS HERMANOS	EDADES	COLEGIO

DATOS ADICIONALES

Nº PLACA MOVILIDAD	NOMBRE CONDUCTOR	TELÉFONO
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECOGE AL NIÑO/A		TELÉFONO
SEGURIDAD PARTICULAR	Nº PÓLIZA	EMPRESA
INFORMACIÓN ADICIONAL		

FIRMA DEL PADRE	FIRMA DE LA MADRE
-----------------	-------------------



FICHA DE LA NIÑA O NIÑO



Datos personales de identificación

Nombres y apellidos: _____ Fecha de nacimiento : _____
Lugar de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Teléfono de contacto en casa de emergencia: _____
Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____
Rh: _____ Factor Rh: _____
¿Es alérgico , a que?: _____
¿Padece alguna enfermedad o afección , cuál?: _____
¿Actualmente se encuentra en tratamiento médico?: SI _____ No _____
¿Toma algún Medicamento SI _____ NO _____
¿Cuál? _____

ANTECEDENTES DE INTERES

Operaciones: _____
Traumatismos/Fracturas/Internaciones : _____
señalar actividades que el niño o niña no puede realizar por prescripción médica: _____

DATOS FAMILIARES

Nombre de la madre: _____ Edad _____
Nombre del padre _____ Edad _____
Estudio y profesión de la madre: _____
Estudio y profesión del padre: _____
Nº de hermanos _____ Lugar que ocupa entre ellos _____
Nº de personas que viven en el hogar familiar _____

SITUACION FAMILIAR

Vive con su padre y madre Vive con la madre Vive con el padre

DATOS BASICOS DE SALUD . RELACIONES INTERPERSONALES

Estado general de salud: _____
Vacunaciones: _____
Problemas específicos: _____

TRATAMIENTO MEDICO

Indicaciones y recomendaciones específicas del médico: _____

ACTITUD RELACIONAL

Confianza Timidez Facilidad del trato

OTRAS CONDUCTAS

Juega con otros sin problemas Juega solo Conductas específicas

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajusta a la realidad , así mismo , me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos

Firma del tutor /madre/padre