

# JARDIN INFANTIL

## COMENCEMOS A VIVIR

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1247 DEL 17 DE MARZO DE 1994



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ NIU: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Hermanos: \_\_\_\_\_

Vacunas completas: \_\_\_\_\_ Certificado Médico: \_\_\_\_\_

Grado al que ingresa:

Párvulos inicial: \_\_\_\_\_ Párvulos: \_\_\_\_\_ Pre jardín: \_\_\_\_\_

Jardín: \_\_\_\_\_ Transición: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empresa donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empresa donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_

CONFIRMAR SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Rogamos a ustedes devolver este formulario debidamente diligenciado confirmando  
Si su hijo (a) hará uso del cupo el próximo año