REPÚBLICA  
BOLIVARIANA  
DE  
VENEZUELA   
MINISTERIO  
DEL  
PODER  
POPULAR  
PARA  
LA  
EDUCACIÓN   
CENTRO  
DE  
EDUCACIÓN  
INICIAL   
“JOSEFINA  
MOLINA  
DE  
DUQUE”   
CUESTA  
EL  
TRAPICHE  
–  
SAN  
CRISTOBAL  
FICHA  
DE  
INSCRIPCIÓN   
AÑO  
ESCOLAR  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
DATOS  
DEL  
ALUMNO(A)  
Apellidos  
y  
Nombres:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Fecha  
de  
Nacimiento:  
\_\_\_\_  
/  
\_\_\_\_  
/  
\_\_\_\_\_\_\_\_  
Edad  
(Años)  
\_\_\_\_\_\_  
(Meses)  
\_\_\_\_\_\_  
Sexo:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Lugar  
de  
Nacimiento:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Entidad  
Federal:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Nacionalidad  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Cedula  
Escolar  
Nº  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Turno:  
Mañana  
\_\_\_\_\_\_  
Tarde  
\_\_\_\_\_\_  
Sección  
\_\_\_\_\_\_  
Grupo  
que  
va  
a  
cursar:  
A  
\_\_\_\_  
B  
\_\_\_\_  
C  
\_\_\_\_   
Institución  
de  
Procedencia  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
del  
Hogar  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Parto  
sencillo  
\_\_\_\_  
Gemelo  
\_\_\_\_  
1ro  
\_\_\_\_  
2do  
\_\_\_\_  
Trillizos  
\_\_\_\_  
1ro  
\_\_\_\_  
2do  
\_\_\_\_  
3ro  
\_\_\_\_   
Proceso  
de  
Nacimiento:  
Normal  
\_\_\_\_\_  
Cesárea  
\_\_\_\_\_  
Con  
Fórceps  
\_\_\_\_\_  
A  
Término  
\_\_\_\_\_   
Enfermedades  
Padecidas:  
Sarampión  
\_\_\_  
Rubéola  
\_\_\_  
Lechina  
\_\_\_  
Tosferina  
\_\_\_  
Meningitis  
\_\_\_  
Hepatitis   
\_\_\_  
Parotiditis  
\_\_\_  
Otras  
\_\_\_  
Cuales  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Vacunas  
recibidas:  
BCG  
\_\_\_\_  
Antitetánica  
\_\_\_\_\_  
Rubéola  
\_\_\_\_\_  
Triple  
\_\_\_\_\_  
Fiebre  
Amarilla  
\_\_\_\_\_   
Polio  
\_\_\_\_\_  
Otras  
\_\_\_\_  
Alérgico(a)  
a  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Mano  
que  
utiliza  
frecuentemente:  
Derecha  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Izquierda  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ambas  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
El  
niño  
(a)  
Pesa  
\_\_\_\_\_\_  
Mide  
\_\_\_\_\_\_\_  
Talla  
de  
Camisa  
\_\_\_\_\_\_  
Pantalón  
\_\_\_\_\_\_  
Zapatos  
\_\_\_\_\_\_\_   
El  
niño  
vive  
con:  
Padre  
\_\_\_\_\_\_  
Madre  
\_\_\_\_\_\_  
Abuelos  
\_\_\_\_\_\_  
Otro  
Familiar  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Edad  
cuando  
empezó  
a  
hablar  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Edad  
cuando  
empezó  
a  
caminar  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
¿Con  
quien  
duerme  
el  
niño  
(a)?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Tiene  
hermanos  
en  
otro  
grupo  
o  
en  
Escuela  
Primaria  
Si  
\_\_\_\_\_\_  
No  
\_\_\_\_\_\_  
Grado(s)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Habla  
correctamente  
\_\_\_\_\_\_\_  
le  
gusta  
cantar  
\_\_\_\_\_\_\_  
bailar  
\_\_\_\_\_\_\_  
contar  
historias  
\_\_\_\_\_\_   
participa  
en  
actividades  
deportivas  
\_\_\_\_\_\_  
cuáles  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Con  
quien  
juega  
generalmente  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Que  
juegos  
realiza  
en  
su  
hogar:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
DATOS  
DE  
LOS  
PADRES:   
Apellidos  
y  
Nombres  
del  
Padre:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
C.I:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nacionalidad  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Profesión  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Dirección  
de  
Habitación  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telf.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Dirección  
de  
Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_  
Telf  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Vive  
con  
el  
niño(a):  
si  
\_\_\_\_\_\_  
no  
\_\_\_\_\_\_   
Apellidos  
y  
Nombres  
de  
la  
Madre:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
C.I:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nacionalidad  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Profesión  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Dirección  
de  
Habitación  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telf.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Dirección  
de  
Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_  
Telf  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Vive  
con  
el  
niño(a):  
si  
\_\_\_\_\_\_  
no  
\_\_\_\_\_\_  
DATOS  
DEL  
REPRESENTANTE  
LEGAL   
Apellidos  
y  
nombres:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Parentesco:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
C.I:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telf:  
.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Dirección  
de  
Habitación  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telf:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Dirección  
de  
Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telf:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Dirección  
y  
Teléfono  
de  
un  
familiar  
cercano  
a  
niño:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Docente  
Representante  
Fecha  
de  
la  
Inscripción