**INSTITUTO DE PARÁLISIS CEREBRAL DEL AZUAY**

**IPCA**

**FECHA DE INSCRIPCIÓN**

**AÑO** {{anio}}

**DATOS PERSONALES**

**APELLIDOS**: {{apellidos}}

**NOMBRES**: {{nombres}}

**LUGAR**: {{lugar}} **FECHA DE NACIMIENTO**: {{fecha\_n }}

**EDAD**: {{edad}} **CÉDULA**: {{cedula}} **CARNET DISCAPACIDAD**: {{conadis}}

**NIVEL AL QUE ASISTE**: {{nivel\_a}} **PROMOVIDO**: {{promovido}}

**TRATAMIENTO QUE RECIBE**: {{tratamiento}}

**DIAGNÓSTICO**: {{diagnostico}}

**DATOS DEL PADRE**

**APELLIDOS**: {{apellidos\_p}}

**NOMBRES**: {{nombres\_p}}

**CÉDULA**: {{cedula\_p}} **OCUPACIÓN**: {{ocupacion\_p}}

**DIRECCIÓN**: {{direccion\_p}}

**TELÉFONO**: {{telefono\_p}} **CELULAR**: {{celular\_p}}

**DATOS DE LA MADRE**

**APELLIDOS**: {{apellidos\_m}}

**NOMBRES**: {{nombres\_m}}

**CÉDULA**: {{cedula\_m}} **OCUPACIÓN**: {{ocupacion\_m}}

**DIRECCIÓN**: {{direccion\_m}}

**TELÉFONO**: {{telefono\_m}} **CELULAR**: {{cedula\_m}}

**CORREO ELECTRÓNICO**: {{correo}}

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA**: {{direccion}}

**PROVINCIA**: {{provincia}} **CANTÓN**: {{canton}} **PARROQUIA**: {{parroquia}}

**SECTOR**: {{sector}}

**DATOS DE EMERGENCIA**

**EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICAR A**: {{nombre\_emergencia}}

**CONTACTO**: {{contacto}}

**MATRÍCULA**: {{matricula}} **APORTE VOLUNTARIO**: {{aporte}}

**FECHA**: {{fecha\_inscripcion}}

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE**: {{nombre\_representante}}

**FIRMA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **RELACIÓN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_