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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_