

FOLIO: _____ FECHA: _____

FICHA DE INSCRIPCIÓN



NOMBRE DE LA ALUMNA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

FECHA DE INGRESO: _____

GRUPO(S): _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

E-MAIL: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

E-MAIL: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

DIRECCIÓN: _____

HISTORIAL CLÍNICO

FAVOR DE INDICAR SI SU HIJA ALGUNA VEZ HA TENIDO O FUE DIAGNOSTICADA O TRATADA POR:

- ☐ DESORDENES DE LA VISIÓN O LA AUDICIÓN.
- ☐ EPILEPSIA, MAREOS, CONVULSIONES, PARÁLISIS, MIGRAÑA U OTRO DESORDEN NEUROLÓGICO.
- ☐ ASMA Y/O ALGÚN PROBLEMA RESPIRATORIO.
- ☐ DESORDENES DE LA COLUMNA VERTEBRAL.

OTRO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y REVISADO TODAS LAS RESPUESTAS DE ESTA SOLICITUD Y QUE ELLAS SON COMPLETAS Y VERDADERAS, CUALQUIER OMISIÓN O DECLARACIÓN INCOMPLETA O INCORRECTA, LIBERA A LA ACADEMIA DE TODA RESPONSABILIDAD.

**IMPORTANTE: SE LES SOLICITA QUE EN CASO DE ALGÚN CAMBIO NOS LO HAGAN SABER A LA BREVEDAD POSIBLE.
FIRMANDO DE ENTERADO Y DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERIOR DE ESCUELA DE DANZA PAVLOVA.**

FIRMA Y NOMBRE DEL PADRE O TUTOR