



Fecha: / /20

Shift:

Morning

Afternoon

Days:

L M M J V

Planilla de actualización de datos

NOMBRE Y APELLIDO _____

Fecha de nacimiento _____ Edad actual _____

Datos de Mamá

Nombre y Apellido _____

Dirección actual: _____

Teléfonos: Cel. _____ Casa _____ Otro: _____

Correo Electrónico: _____

Datos de Papá

Nombre y Apellido _____

Dirección actual _____

Teléfonos: Cel. _____ Casa _____ Otro: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre y Apellido	Relación	Edad	Celular

Autorizados(as) para retirar a su representado(a) o llamar en caso de emergencia y que los representantes no contesten en el año escolar 2014-2015. (Los datos de los autorizados previamente en la planilla de inscripción serán sustituidos por los datos que suministren en la presente planilla). Por favor anexar fotocopia de la CI de cada uno de ellos firmada por el representante.

Información médica (por favor anexar copia de la póliza del seguro o carnet)

Compañía de seguro _____

Teléfono de emergencia _____

Numero de poliza _____

Clínicas autorizadas _____

Alergias _____

Tratamientos _____

Firma del representante _____