

JARDIN INFANTIL

COMENCEMOS A VIVIR

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1247 DEL 17 DE MARZO DE 1994



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del alumno: _____ NIU: _____

Fecha de nacimiento: _____

No. de Hermanos: _____

Vacunas completas: _____ Certificado Médico: _____

Grado al que ingresa:

Párvulos inicial: _____ Párvulos: _____ Pre jardín: _____

Jardín: _____ Transición: _____

Nombre del Padre: _____

Dirección de Residencia: _____ Teléfono fijo: _____

Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Celular: _____

Empresa donde Trabaja: _____ Teléfono Oficina: _____

Nombre de la Madre: _____

Dirección de Residencia: _____ Teléfono Fijo _____

Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Celular: _____

Empresa donde Trabaja: _____ Teléfono Oficina: _____

CONFIRMAR SI _____ NO _____

Firma: _____ Fecha: _____

Rogamos a ustedes devolver este formulario debidamente diligenciado confirmando
Si su hijo (a) hará uso del cupo el próximo año