

Actualización de datos



DATOS DEL NIÑO

Apellido y nombres del niño:
DNI:
Edad en años y meses:
Domicilio:
Localidad:Teléfono:
E-mail:

SALUD

Salud del niño: ¿Tiene dificultades auditivas? SI NO
Parto normal: Cesárea: ¿Tiene dificultades motoras? SI NO
Médico pediatra: ¿Tiene dificultades respiratorias? SI NO
Teléfono: ¿Otras?:
Dirección:
Lugar: ¿Está en tratamiento? SI NO
En caso de emergencia recurrir a: ¿Controla esfínteres? SI NO
..... Diurno Nocturno
Enfermedades infectocontagiosas:
.....
¿Es alérgico? SI NO
¿A qué?:
¿Tiene dificultades visuales? SI NO

VIVIENDA

Vive en: Casa Departamento
Otros:
¿Comparten vivienda? SI NO
¿Con quién?.....
Apellido y nombre:
Parentesco:
DNI:
Teléfono:

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL NIÑO

Apellido y nombre:
Parentesco:
DNI:
Teléfono:

Comentarios que nos permitan conocer mejor a su hijo/a:
.....
.....

Firma del padre,
tutor o encargado

Firma de la maestra

Firma del director

