



ALUMNO

Apellido:		
Nombres:		
Sexo: Femenino - Masculino		
Fecha de Nacimiento:	Lugar de nacimiento:	
Nacionalidad:		
D.N.I.:	Obra social:	Nº:
Centro de asistencia médica:		
Pediatra:	Teléfono:	
Enfermedades preexistentes:		

DOMICILIO ALUMNO

Calle:	Número:
Barrio:	Código postal:
Localidad:	Teléfono:

PADRE

Apellido y nombres:		
Estado civil:	Fecha de nac:	D.N.I.:
Domicilo:	CUIT/CUIL	
Nacionalidad:	Profesión:	
E-mail:		
Lugar de trabajo:	Teléfono:	
	Celular:	

MADRE

Apellido y nombres:		
Estado civil:	Fecha de nac:	D.N.I.:
Domicilo:	CUIT/CUIL	
Nacionalidad:	Profesión:	
E-mail:		
Lugar de trabajo:	Teléfono:	
	Celular:	

RESPONSABLE ECONÓMICO

Apellido y nombres:	
D.N.I.:	CUIT/CUIL:

Debido a que debemos informar mensualmente a la AFIP-DGI el monto de las cuotas que efectúan al colegio por sus hijos, es que les pedimos no omitir ningún dato de los solicitados en la presente ficha.

(NO RECORTAR)

Autorizo a mi hijo/a a retirarse del Colegio con su docente y autoridades en caso de evacuación o simulacro.

Firma

Aclaración