



INTERAMERICAN SCHOOL



1-INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE COMPLETO

FECHA DE NACIMIENTO

PARTIDA DE NACIMIENTO

2-INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS:

NOMBRE DEL PADRE

N° DE IDENTIDAD

LUGAR DE TRABAJO

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DE LA MADRE

LUGAR DE TRABAJO

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL ENCARGADO

N° DE IDENTIDAD

LUGAR DE TRABAJO

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN DE LA CASA DE HABITACIÓN

TELÉFONO DE LA CASA

RELIGIÓN DE LOS PADRES

3-EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN PODEMOS NOTIFICAR, ADEMÁS DE LOS PADRES

1)

TELÉFONO:

2)

TELÉFONO:

3)

TELÉFONO:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

FECHA DE INGRESO

ESCUELA ANTERIOR

GRADO SECCIÓN

USARÁ TRANSPORTE

(SI) (NO)

4-PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ESTUDIANTE EN LA ESCUELA

Los estudiantes serán entregados única y exclusivamente a las personas anotadas en este listado.
En caso que sea otra la persona que no esté en esta lista, se le entregará siempre y cuando el padre de familia envíe una nota firmada de autorización, y presente una identificación

5-INFORMACION MÉDICA

PADECE SU HIJO(A) DE ALGUNA ENFERMEDAD, QUE REQUIERA NUESTRO CUIDADO Y/O PRECAUCION:

--

TIPO DE SANGRE

--

A CONTINUACION LE MENCIONAMOS ALGUNOS MEDICAMENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN NUESTRO BOTIQUIN Y SOLICITAMOS QUE USTED MARQUE CON UNA "X" LAS QUE USTED AUTORIZA QUE LE DEMOS A SU HIJO(A) EN CASO DE NECESITARLA:

ANALGESICOS (ACETAMINOFEN)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
ANTIESPASMODICO.	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
ANTIINFLAMATORIO (IBUPROFENO)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
ANTIALERGICO (LORATADINA)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
ANESTESICO (ANESTIL)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
ANTITUSIVO (MIEL BALSAMICA)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
ANTIBIOTICO (AMOXICILINA)	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
PENICILINA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
MERTIOLATE	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
SUTURA EN CASO DE ACCIDENTE LEVE	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
EXAMEN CLINICO DE EMERGENCIA	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO

