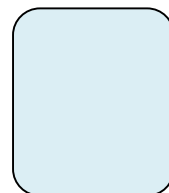




INTERAMERICAN SCHOOL



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 "SI" O "NO" LAS QUE USTED AUTORIZA QUE LE DEMOS A SU HIJO(A) EN CASO DE NECESITARLA:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| ANALGESICOS (ACETAMINOFEN) | <input type="text"/> |
| ANTIESPASMODICO. | <input type="text"/> |
| ANTIINFLAMATORIO (IBUPROFENO) | <input type="text"/> |
| ANTIALERGICO (LORATADINA Y ALERGIL) | <input type="text"/> |
| ANESTESICO (ANDICAINA SPRAY) | <input type="text"/> |
| ANTITUSIVO (MIEL BALSAMICA) | <input type="text"/> |
| YODOPOVIDONA | <input type="text"/> |
| PEPTOBISMOL | <input type="text"/> |
| METOCLOPRAMIDA (NAUSEAS Y VOMITO) | <input type="text"/> |
| ANTIDIARREICO (LOPERAMIDA) | <input type="text"/> |
| ARNICA | <input type="text"/> |

FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO