FOTO

Nombres:_____

Apellidos:_____

Matricula:_____

Correo electrónico:_____

Teléfono padres:_____

Teléfono casa:_____

Celular padres:_____

Celular propio:_____

Dirección:_____

_____

_____

Es alérgico a:_____

En caso de emergencia notificar a:_____

Celular:_____Teléfono:_____

Correo electrónico:_____

Entrego copia de cartilla de seguro medico: Sí ☐ No☐