



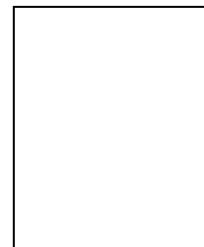
CENTRO EDUCATIVO INFANTIL SUEÑOS ALEGRES

"EDUCANDO CON AMOR"

APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN 147 DEL 19 DE ENERO DE 2001 Y 004075 DEL 16 DE MAYO DE 2018
CEINSUALEGRES LTDA. 900297147-3

SOLICITUD DE ADMISIÓN PARA EL AÑO 2021

Grado	Jornada	Solicitud Nro.	Nro. Folio.



DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

1. Nombres: _____
Apellidos: _____

2. Fecha De Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad _____
Registro Civil _____ Nro. NUIP _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____

3. Lugar De Nacimiento: Ciudad _____ Departamento _____

4. Dirección Residencia Actual: _____
Teléfono: _____ Cel. _____ Estrato _____

5. Vive con: Ambos Padres _____ Padre _____ Madre _____
Otro _____ Relación _____ Nombre: _____

6. Tiene Seguro Médico: Si _____ No _____ Nombre EPS _____

7. Seleccione cuál de estas comorbilidades (enfermedades o condiciones médicas) tiene el estudiante.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Cardiopatías incluyendo cardiopatías congénitas no corregidas
<input type="radio"/> Hipertensión arterial
<input type="radio"/> Neumopatías crónicas desde asma no controlada y /o/ asma grave, enfermedad pulmonar crónica-EPOC, fibrosis quísticas, etc.
<input type="radio"/> Enfermedad hepática aguda o crónica sintomática.
<input type="radio"/> Anemia de células falciformes
<input type="radio"/> Desnutrición
<input type="radio"/> Otras | <input type="radio"/> Inmunodeficiencias primarias y secundaria incluido VIH.
<input type="radio"/> Cáncer
<input type="radio"/> Uso prolongado de esteroides, inmunosupresores o quimio terapia.
<input type="radio"/> Insuficiencia renal
<input type="radio"/> Condiciones metabólicas como diabetes.
<input type="radio"/> Ninguna conocida |
|--|--|

En caso de que la respuesta sea otra indique, por favor especifique cual: _____

¿En casa el estudiante convive con algún familiar que cuenta con una de las comorbilidades (enfermedades o condiciones médicas) antes mencionadas?

Sí No

En caso que la respuesta anterior sea SI, por favor aclare que familiar es y qué comorbilidad tiene



CENTRO EDUCATIVO INFANTIL SUEÑOS ALEGRES

"EDUCANDO CON AMOR"

APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN 147 DEL 19 DE ENERO DE 2001 Y 004075 DEL 16 DE MAYO DE 2018
CEINSUALEGRES LTDA. 900297147-3

INFORMACIÓN FAMILIAR

8. Nombres y Apellidos del Padre: _____

Tipo De documento _____ No. _____

Lugar Expedición Documento _____ Fecha expedición ____/____/____
Día Mes Año

Dirección Residencia: _____

Cel. _____ Correo Electrónico _____

Lugar de trabajo _____

Cargo _____ Profesión u Oficio: _____

9. Nombres y Apellidos de la Madre: _____

Tipo De documento _____ No. _____

Lugar Expedición Documento _____ Fecha expedición ____/____/____
Día Mes Año

Dirección Residencia: _____

Cel. _____ Correo Electrónico _____

Lugar de trabajo _____

Cargo _____ Profesión u Oficio: _____

10. Nombres y Apellidos del Acudiente: _____

Tipo De documento _____ No. _____

Lugar Expedición Documento _____ Fecha expedición ____/____/____
Día Mes Año

Dirección Residencia: _____

Cel. _____ Correo Electrónico _____

Lugar de trabajo _____

Cargo _____ Profesión u Oficio: _____

FIRMA PADRE O ACUDIENTE