



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
DIRECCION DE ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL  
CEIA MATERNAL "NEGRA MATEA"**



**PLANILLA DE REINSCRIPCIÓN  
AÑO LECTIVO 2018 - 2019**

Fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NIÑO(A).**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad para Septiembre: \_\_\_\_\_ Sala de ubicación: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_ Camisa \_\_\_\_ Pantalón \_\_\_\_ Zapato \_\_\_\_ Dirección de Habitación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL REPRESENTANTE.**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Dependencia o Facultad: \_\_\_\_\_ Escuela o Instituto: \_\_\_\_\_

Unidad Ejecutora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Telf. Ofic.: \_\_\_\_\_ Telf. Hab.: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Nombres y Tlfs. donde llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE O MADRE.**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Telf. Ofic.: \_\_\_\_\_ Telf. Hab.: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

**PERSONA(S) AUTORIZADA(S) PARA RETIRAR AL NIÑO:**

Persona(s) autorizada(s), distintas a los Representantes.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ C.I.- \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ C.I.- \_\_\_\_\_

Es Alérgico A: \_\_\_\_\_

En caso de presentar fiebre, Medicamento que se le Administrara (Dosis):  
\_\_\_\_\_

Firma del Representante ante el Maternal: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_