



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL
JARDÍN DE INFANCIA "DR. FÉLIX IRAZÁBAL OSÍO"
MARACAY – EDO. ARAGUA



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Año Escolar: 2019-2020
Código del Plantel: OD06770503
Cédula Escolar: _____

Foto del Representante	Foto del Niño(a)

Datos del Niño(a)

Nombres: _____ Apellidos: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Municipio: _____ Estado: _____
Fecha: ___/___/___ Sexo: M ___ F ___ Peso: _____ Talla: _____ Edad: ___ Años y ___ Meses
Lugar que Ocupa dentro de los hermanos: _____ Tipo de Sangre: _____
Con quien vive el niño(a): _____
Procedencia: Del Hogar: _____ De otro Preescolar: _____ De Guardería: _____

¿Participa el niño(a) en actividades culturales, deportivas o recreativas?

Dirección donde vive el niño(a)

Teléfono: _____

Antecedentes Pre y Postnatal

¿Fue Vacunado?

Si: _____ No: _____ ¿Contra qué enfermedades?: Triple: _____ Polio: _____ Sarampión: _____
Parótidas: _____ Lechina: _____ Hepatitis A: _____ Hepatitis B: _____ Meningitis: _____
Otras: _____

Enfermedades eruptivas pasadas

Explique cuáles: _____

¿El niño(a) ha sido intervenido quirúrgicamente?

Si: _____ No: _____ Explique: _____

¿Sufre de Alguna Patología?

¿Cuál? _____

Tratamiento: _____

Presenta deficiencias: Visual: _____ Auditiva: _____ Motor: _____ Lenguaje: _____

¿Sufre de Convulsiones? Si: _____ No: _____

Explique: _____

¿Tiene el niño(a) algún impedimento físico?

Si: _____ No: _____ Explique: _____

¿Le está contraindicado algún alimento o medicamento?

Si: _____ No: _____ ¿Cuál (es)? _____

¿Sufre de Alergias?

Si: _____ No: _____ Explique: _____

El niño(a) utilizará transporte:

Si: _____ No: _____ Cual (Referencia): _____

Datos del Representante (Empleado UCV)

Nombres: _____ Apellidos: _____

C.I.: _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: Casado: _____ Viudo: _____ Soltero: _____ Divorciado: _____ Otros: _____

Sitio de trabajo: _____ Facultad: _____

Cargo: _____ Tipo de Personal: _____

Años de Servicio: _____ Nivel de Instrucción: _____

Profesión: _____

Tipo de Vivienda: Casa: _____ Apto: _____ Rancho: _____ Habitación: _____

Propia: _____ Alquilada: _____ Con opción a compra: _____

Correo electrónico: _____

Datos de la Madre/Padre

Nombres: _____ Apellidos: _____

C.I.: _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: Casado: _____ Viudo: _____ Soltero: _____ Divorciado: _____ Otros: _____

Dirección de habitación: _____

Teléfono: _____ Lugar de trabajo: _____

Cargo que desempeña: _____

Teléfono de Oficina: _____ Nivel de Instrucción: _____

Profesión: _____

Correo electrónico: _____

Personas autorizadas por el Representante legal para retirar al Niño(a) de la Institución

Nombres	Apellidos	C.I.
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Maternal A

Año Escolar: _____ Docentes: _____

Teléfonos en caso de Emergencia: _____

Documentos de la Inscripción:

- ✓ Copia del último recibo de pago: Si: _____ No: _____
- ✓ Partida de nacimiento del niño(a): Si: _____ No: _____
- ✓ Fotocopia de la tarjeta de Vacunas: Si: _____ No: _____
- ✓ Constancia de Niño Sano: Si: _____ No: _____
- ✓ Fotografía tipo carnet del representante: Si: _____ No: _____
- ✓ Fotografía tipo carnet del niño(a): Si: _____ No: _____
- ✓ Aporte Colaboración de Inscripción: Si: _____ No: _____

Observaciones: _____

Fecha de Inscripción: ____/____/____

Firma del Representante

Firma del Docente

Firma de la Directora

Maternal B

Año Escolar: _____ Docentes: _____

Teléfonos en caso de Emergencia: _____

Documentos de la Inscripción:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ✓ Copia del último recibo de pago: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Partida de nacimiento del niño(a): | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Fotocopia de la tarjeta de Vacunas: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Constancia de Niño Sano: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Fotografía tipo carnet del representante: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Fotografía tipo carnet del niño(a): | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Aporte Colaboración de Inscripción: | Si: _____ | No: _____ |

Observaciones: _____

Fecha de Inscripción: ____/____/____

Firma del Representante

Firma del Docente

Firma de la Directora

I Nivel

Año Escolar: _____ Docentes: _____

Teléfonos en caso de Emergencia: _____

Documentos de la Inscripción:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ✓ Copia del último recibo de pago: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Partida de nacimiento del niño(a): | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Fotocopia de la tarjeta de Vacunas: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Constancia de Niño Sano: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Fotografía tipo carnet del representante: | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Fotografía tipo carnet del niño(a): | Si: _____ | No: _____ |
| ✓ Aporte Colaboración de Inscripción: | Si: _____ | No: _____ |

Observaciones: _____

Fecha de Inscripción: ____/____/____

Firma del Representante

Firma del Docente

Firma de la Directora

II Nivel

Año Escolar: _____ Docentes: _____

Teléfonos en caso de Emergencia: _____

Documentos de la Inscripción:

✓ Copia del último recibo de pago: Si: _____ No: _____

✓ Partida de nacimiento del niño(a): Si: _____ No: _____

✓ Fotocopia de la tarjeta de Vacunas: Si: _____ No: _____

✓ Constancia de Niño Sano: Si: _____ No: _____

✓ Fotografía tipo carnet del representante: Si: _____ No: _____

✓ Fotografía tipo carnet del niño(a): Si: _____ No: _____

✓ Aporte Colaboración de Inscripción: Si: _____ No: _____

Observaciones: _____

Fecha de Inscripción: ____/____/____

Firma del Representante

Firma del Docente

Firma de la Directora

III Nivel

Año Escolar: _____ Docentes: _____

Teléfonos en caso de Emergencia: _____

Documentos de la Inscripción:

✓ Copia del último recibo de pago: Si: _____ No: _____

✓ Partida de nacimiento del niño(a): Si: _____ No: _____

✓ Fotocopia de la tarjeta de Vacunas: Si: _____ No: _____

✓ Constancia de Niño Sano: Si: _____ No: _____

✓ Fotografía tipo carnet del representante: Si: _____ No: _____

✓ Fotografía tipo carnet del niño(a): Si: _____ No: _____

✓ Aporte Colaboración de Inscripción: Si: _____ No: _____

Observaciones: _____

Fecha de Inscripción: ____/____/____

Firma del Representante

Firma del Docente

Firma de la Directora