



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



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN
AÑO LECTIVO 2019 - 2020

Fecha: _____

DATOS DEL NIÑO(A).

Nombres y Apellidos: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Sala: _____ Edad para Septiembre: _____

Peso: _____ Talla: _____ Camisa _____ Pantalón _____ Zapato _____ Dirección de Habitación: _____

Ciudad: _____

Municipio: _____ Parroquia: _____ Código Postal: _____

DATOS DEL EMPLEADO.

Nombre y Apellido: _____ C.I.: _____

Lugar y fecha de Nacimiento: _____ Correo: _____

Dependencia o Facultad: _____ Escuela o Instituto: _____

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 y fecha de Nacimiento: _____ Correo: _____

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.: _____



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



**PLANILLA DE REINSCRIPCIÓN
AÑO LECTIVO 2019 - 2020**

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.: _____