

Solicitud de Inscripción y Datos Médicos

Fecha: _____

Grado que ésta solicitando:

- Infants (caminar a 2 años)
- Toddlers (2 años a 3 años)
- Kinder I (3 años a 4 años)
- Kinder 2 (4 años a 5 años)

Información del alumno

_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento: día / Mes / año	CURP	
_____	_____	
Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
¿Ha asistido anteriormente a otro jardín de niños o estimulación temprana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuál? _____		
¿Por cuánto tiempo? _____		
Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciados		
Tu hijo(a) vive con: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro		

Firma del padre, madre, o tutor: _____

Información del pediatra

Nombre Completo

Dirección

Teléfono

Correo Electrónico

Información de la familia

Padre o Tutor- Datos Personales

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Domicilio: Calle # Colonia

Ciudad Estado País

Código Postal

Teléfono de Casa

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Padre o Tutor- Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde Trabaja

Puesto

Domicilio de la Empresa: Calle # Colonia

Ciudad, Estado

Código Postal

País

Teléfono de la empresa

Correo electrónico

Firma del padre, madre, o tutor: _____

Madre o Tutor- Datos Personales

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
Domicilio: Calle # Colonia	Ciudad	Estado País
Código Postal	Teléfono de Casa	
Teléfono Celular	Correo Electrónico	

Madre o Tutor- Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde Trabaja	Puesto
Domicilio de la Empresa: Calle # Colonia	Ciudad, Estado
Código Postal	País
Teléfono de la empresa	Correo Electrónico

Hermanos y Hermanas

Nombre	Edad	Escuela
1.		
2.		
3.		

Recomendaciones

Anotar el nombre completo de la persona quién me recomendó Kimble y la persona a quién estoy recomendado. *De no estar anotados ambos nombres en este recuadro no se hará válido el precio por recomendación.

1. _____
2. _____

Firma del padre, madre, o tutor: _____

Datos Generales

Estatura: _____ Peso: _____

Compañía de seguro Médico: _____ Póliza de Seguro: _____

Teléfono de casa : _____ Teléfono celular: _____

Datos Médicos

¿Se enferma frecuentemente? ¿De qué?	Sí	No
¿Presenta alguna enfermedad crónica o congénita? ¿Cuál?	Sí	No
¿Está en tratamiento médico? ¿De qué?	Sí	No
¿Toma algún medicamento? ¿Cuál?	Sí	No
¿Es alérgico a algún medicamento? ¿A cuál?	Sí	No
¿Padece algún tipo de alergia? ¿Cuál?	Sí	No
¿Usa lentes de contacto o anteojos? ¿Qué Graduación?	Sí	No
¿Padece de problemas auditivos? ¿Cuales?	Sí	No
¿Su hijo ha requerido algún tipo de apoyo psicológico? ¿De qué tipo?	Sí	No
¿Hay alguna situación médica en que su hijo(a) requiera apoyo? ¿De qué tipo?	Sí	No
¿En caso de que su hijo(a) tenga algún accidente y no podamos localizarlo, autoriza su traslado inmediato al hospital?	Sí	No

En caso de no podernos contactarnos con usted, escriba el nombre y teléfono de otra persona a la que se le pueda avisar en caso de emergencia:

Nombre: _____

Teléfonos: _____

Firma del padre, madre, o tutor: _____