



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



Año Escolar: 2016 - 2017

Sala y/o Nivel:

Foto del Niño@

**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN**  
**DATOS PERSONALES**

**DATOS DEL ALUMNO:**

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

Lugar y fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Cédula Escolar \_\_\_\_\_ Edad para septiembre: \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Talla: Camisa \_\_\_\_\_ Pantalón \_\_\_\_\_ Zapato \_\_\_\_\_

Dirección de habitación del alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de Habitación: \_\_\_\_\_ Tiene hermanos en la Institución:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Procedencia: Del Hogar \_\_\_\_\_ De otro Centro de

Educación Inicial \_\_\_\_\_

Participa en alguna actividad: Deportiva \_\_\_\_\_ Cultural \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

El alumno se moviliza en Transporte escolar SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**DATOS DEL REPRESENTANTE (EMPLEADO DE LA UCV)**

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

Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ lugar de Trabajo: Facultad \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Tipo de Personal: \_\_\_\_\_

Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_ Años de Servicios en la Institución: \_\_\_\_\_

Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de hab.: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS MADRE Y/O PADRE**

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo:

\_\_\_\_\_ horario de Trabajo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de hab.: \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**TELÉFONOS CELULARES:**

De la Madre: \_\_\_\_\_

Del Padre: \_\_\_\_\_

**PERSONAS AUTORIZADAS POR EL REPRESENTANTE PARA RETIRAR AL ESTUDIANTE DE LA INSTITUCIÓN**

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

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

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

**EN CASO DE EMERGENCIA:**

Comunicarse con: \_\_\_\_\_

A los teléfonos: \_\_\_\_\_

Observación Médica: \_\_\_\_\_