

FORMATO DE MATRÍCULA – DATOS PERSONALES

DATOS PERSONALES DEL/LA ESTUDIANTE	
Apellido Paterno:	Fecha de nacimiento:
Apellido Materno:	País:
Nombres:	DNI:
Domicilio:	
Distrito:	

DATOS GENERALES DEL/LA ESTUDIANTE			
¿Destaca en alguna disciplina artística, deportiva, cultural? SI () No () Especifique:	Como fue el parto: Normal () Cesárea () ¿Cuánto de APGAR ha tenido al nacer? ¿Complicaciones en el parto? SI () NO ()		
Número de hermanos	Lugar que ocupa		
Edad que levantó la cabeza	Edad que se sentó		
Edad que se paró	Edad que caminó		
Edad que controló sus esfínteres	Edad que habló sus primeras palabras		
Edad que habló con fluidez	Edad que gateó		
Recibió estimulación temprana	¿Dónde?		
Recibió aprestamiento	¿Dónde?		
¿Presenta alguna discapacidad? SI () No () Especifique:	¿Tiene certificado de discapacidad? SI () No () Especifique:	¿Tiene apoyo del SAANEE? SI () No () Especifique:	¿Visita el SAANEE? SI () No () Semanal () Quincenal () Mensual () Especifique:
Tiene seguro médico	SIS () ESSALUD ()	EPS () Otro	Especifique:
¿Quién es el titular del seguro médico?			
Recibió todas las vacunas	Grupo sanguíneo		
Tiene alergia a algún alimento	SI ()	No ()	Especifique:
Tiene alergia a algún medicamento	SI ()	No ()	Especifique:
¿Usa lentes para leer? SI () NO()	¿Usa lentes para escribir? SI () NO()		
¿Tiene pie plano? SI () NO()	¿Cuenta con las vacunas COVID-19? SI () NO() ¿Cuántas dosis? 1era (), 2da (), 3era ()		
Tiene miedo o temor a algo: SI () Especifique:	Accidentes graves: SI () No () Especifique:		
Enfermedades significativas o constantes			

DATOS PERSONALES DEL PADRE	
Apellidos y Nombres	DNI N°
Fecha de nacimiento	País
Nº de celular	Estado civil
E- mail	Domicilio
Religión	Vive con su niño(a)
Profesión	Ocupación/cargo
Nacionalidad	Centro de trabajo
Dirección del centro de trabajo	Teléfonos del centro de trabajo

DATOS PERSONALES DE LA MADRE	
Apellidos y Nombres	DNI N°
Fecha de nacimiento	País
Nº de celular	Estado civil
E- mail	Domicilio
Religión	Vive con su niño(a)
Profesión	Ocupación/cargo
Nacionalidad	Centro de trabajo
Dirección del centro de trabajo	Teléfonos del centro de trabajo

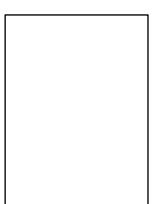
DATOS PERSONALES DEL APODERADO			
Apellidos y Nombres		DNI N°	
Vive con el niño(a)		Parentesco	
Nº de celular		Nacionalidad	
E- mail		Ocupación	
Religión		Vive con su niño(a)	
Dirección completa			

OBSERVACIONES	
¿De qué colegio viene?	

ACUDIENTES / CONTACTOS DE EMERGENCIA			
Nombres	Apellidos	Parentesco	Nº de celular
Nombres	Apellidos	Parentesco	Nº de celular

A efectos de lo previsto en la Ley N° 29733 (LPDP): **EL APODERADO(A)** autoriza que sus datos personales sean conservados y utilizados por **EL COLEGIO**, con fines comerciales, estadísticos, administrativos, cobranzas y otros aspectos relacionados con el servicio educativo que se le ofrece a su pupilo (a). Asimismo, **EL APODERADO** autoriza, como medio válido las notificaciones físicas al domicilio y/o notificaciones electrónicas al teléfono fijo, teléfono móvil y correo electrónico, para la formalización de las matrículas 2026 y todo acto administrativo relacionado con nuestra relación contractual. Los datos serán conservados en un banco de datos cuyo titular es **EL COLEGIO**, ubicada en la dirección especificada en el presente documento.

CON MI FIRMA HAGO CONSTAR MI DECISIÓN DE MATRICULAR A MI MENOR HIJO(A) EN LA IEP “LOS NIÑOS REYES”, DECLARANDO TENER PLENO CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO QUE BRINDA EL COLEGIO.



Firma y huella digital del APODERADO titular

Apellidos y Nombres: _____

Nº de DNI: _____

Parentesco: _____

Firma y huella digital del APODERADO secundario

Apellidos y Nombres: _____

Nº de DNI: _____

Parentesco: _____

Autorización de tratamiento de datos personales: El padre, madre o apoderado autoriza a la institución educativa a recopilar, almacenar y utilizar los datos consignados en este formulario para fines vinculados a la gestión educativa, administrativa, legal, contractual, de cobranza y comunicación, conforme a la Ley N° 297333 – Ley de Protección de Datos Personales