

FORMATO DE MATRÍCULA – DATOS PERSONALES 2025

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 ()
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 () No () Especifique:		Accidentes graves: SI () No () Especifique:	
Enfermedades significativas o constantes			

DATOS PERSONALES DEL PADRE			
Apellidos y Nombres		DNI N°	
Fecha de nacimiento		País	
N° 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	
N° 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	

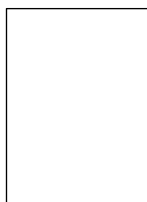
DATOS PERSONALES DEL APODERADO			
Apellidos y Nombres		DNI N°	
Vive con el niño(a)		Parentesco	
N° de celular		Nacionalidad	
E- mail		Ocupación	
Religión		Vive con su niño(a)	
Dirección completa			

OBSERVACIONES	
¿De qué colegio viene?	

ACUDIENTES / CONTACTOS DE EMERGENCIA			
Nombres	Apellidos	Parentesco	N° de celular
Nombres	Apellidos	Parentesco	N° 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 matriculas 2025 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: _____

N° de DNI: _____

Parentesco: _____

Firma y huella digital del APODERADO secundario

Apellidos y Nombres: _____

N° de DNI: _____

Parentesco: _____