



Fecha de inscripción _____ KINDER MAGIC MOMENTS

FOTO

Ficha de inscripción

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Como me llaman en casa _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del Padre _____ celular _____

Correo Electrónico _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Nombre de la Madre _____ celular _____

Correo Electrónico _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Hermanos? _____ Numero de hijo? _____

Vive con: (circular) papa y mama solo mama solo papa

otro: _____

Nombre y Teléfono del pediatra _____

Alergias u otra información medica importante _____

Parto normal o cesárea? _____

Complicaciones en el parto _____

Puede salir del kinder con _____

En caso de no controlar a los papas persona y Tel. con quien nos podemos comunicar en caso de emergencia _____

¿Como supo de Magic Moments? _____

Colegio en el que piensa continuar sus estudios _____

Ha estado escolarizado? _____ Si lo ha estado, nombre de la institución? _____