



**FAVOR DE CUMPLIMENTAR**

**I. Información General:**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre                      I.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_                      Edad: \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. Res. \_\_\_\_\_ Grado Actual \_\_\_\_\_ Grado (25-26) \_\_\_\_\_

Nombre del encargado y parentesco: \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**II. Información de Emergencia**

**Padre:** \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Madre:** \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel.Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

1. En caso que no nos consiga pueden llamar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

2. En caso que no nos consiga pueden llamar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

3. Familiar que viva fuera de P.R. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Condiciones de salud: Asma \_\_\_\_\_ Hipoglucemia \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_

Otras enfermedades: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Al momento de efectuar el pago de matrícula deberá someter los siguientes documentos:**

Hoja de matrícula, información del estudiante , certificado de salud, información de emergencia, expediente de salud, estudios socioeconómico, consentimiento de fotografías, autorización de traslado, autorización para grabaciones e investigaciones, compromiso de padres, contrato y acuerdo de pago.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona que matrícula al estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**