

FORMULARIO FAMILIAR DEL ESTUDIANTE

COLEGIO: COLEGIO PRIVADO HOSANNA
DIRECCIÓN: AV. CENTENARIO N° 1128
INDICACIÓN: Escribir con letra impresa y legible. Los campos con el símbolo (*) son obligatorios.

AÑO: 2021
CORREO: secretaria@hosanna.edu.pe

DATOS BÁSICOS DEL ESTUDIANTE			
* Nombres	* Apellidos	Fecha nacimiento	País
* Nivel	* Grado	* Sección	Origen
			Nuevo <input type="checkbox"/> Ratificado <input type="checkbox"/>
* Tipo de documento	* N° documento	Móvil	Correo
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>			
Dirección completa			Distrito
Religión	¿Exonerar curso?	N° hermanos	Lugar que ocupa
	Deporte <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/>		
¿Discapacidad?	¿Tiene certificado?	¿Apoyo SAANEE?	¿Visita SAANEE?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE			
Seguro	Tipo de seguro	Grupo sanguíneo	¿Tiene pie plano?
Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	Sis <input type="checkbox"/> Essalud <input type="checkbox"/> Eps <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dirección del seguro		Distrito del seguro	¿Usar lentes para leer?
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usar lentes para escribir?	Parto	¿Parto complicado?	Especificar complicación
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Describir alergias		Describir cuidados médicos	
DATOS DEL PADRE			
Nombres	Apellidos	Fecha nacimiento	País
Tipo de documento	N° documento	¿Vive?	¿Vive con hijo(a)?
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Móvil	Correo	Estado civil	Ocupación
Dirección completa		Distrito	Instrucción
			Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Instituto <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/>
DATOS DE LA MADRE			
Nombres	Apellidos	Fecha nacimiento	País
Tipo de documento	N° documento	¿Vive?	¿Vive con hijo(a)?
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Móvil	Correo	Estado civil	Ocupación

Dirección completa		Distrito		Instrucción	
				Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>
				Instituto <input type="checkbox"/>	Universidad <input type="checkbox"/>
DATOS DEL APODERADO TITULAR					
* Nombres		* Apellidos		¿Vive con estudiante?	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
* Tipo de documento		* N° documento		País	
DNI <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>				
CE <input type="checkbox"/>					
* Móvil		* Correo		Ocupación	
				Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>
				Instituto <input type="checkbox"/>	Universidad <input type="checkbox"/>
* Dirección completa				* Distrito	
DATOS DEL APODERADO SECUNDARIO					
Nombres		Apellidos		¿Vive con estudiante?	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tipo de documento		N° documento		País	
DNI <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>				
CE <input type="checkbox"/>					
Móvil		Correo		Ocupación	
				Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>
				Instituto <input type="checkbox"/>	Universidad <input type="checkbox"/>
Dirección completa				Distrito	
ACUDIENTES Y/O CONTACTOS DE EMERGENCIA					
Nombres		Apellidos		Parentesco	
Nombres		Apellidos		Parentesco	

Legenda: SAANEE: Servicios de apoyo y asesoramiento para la atención de las necesidades educativas especiales

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, ELAPODERADO 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 virtuales 2021 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. La autorización es por tiempo indefinido y EL APODERADO podrá ejercer sus derechos de acceso y rectificación de sus datos de acuerdo a la Ley N° 29733 ; o la eliminación de los datos al término de nuestra relación contractual, dirigiendo su solicitud al correo de EL COLEGIO. EL APODERADO autoriza, que en caso de incumplimiento en los pagos, EL COLEGIO derive sus datos personales e historial de morosidad a las centrales de riesgos (CEPIRS) y/o empresas privadas de cobranzas y/o Sociedad Nacional de Escuelas(SONAES). Así también, El APODERADO autoriza que en caso de emergencia, la escuela traslade a su pupilo(a) al

Firma y Huella digital de EL APODERADO secundario

Nombre: _____
Dni: _____
Parentesco: _____

Firma y Huella digital de EL APODERADO titular

Nombre: _____
Dni: _____
Parentesco: _____