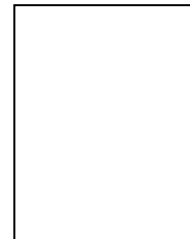




República Bolivariana de Venezuela
 Ministerio del Poder Popular para la Educación
 Unidad Educativa Colegio Nuestra Señora de Lourdes
 Congregación de las Hermanas de San José de Tarbes
 Valencia Estado Carabobo
 Código Plantel: S0207D0814



SOLICITUD DE CUPO

DATOS DEL/LA ESTUDIANTE

Los datos en esta planilla deben coincidir exactamente con los datos de su Partida de Nacimiento.

AÑO ESCOLAR: _____
 SALA / GRADO / MEDIA GENERAL: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
 Lugar de Nacimiento: Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Nacionalidad: V ____ E ____ País de Nacimiento: _____
 Cédula Escolar: _____ Cédula de Identidad: _____ Correo Estudiante: _____
 Dirección de Habitación Completa (comenzando por Avenida o calle): _____
 Telf. Celular: _____

¿Con quién vive?: Madre: ____ Padre: ____ Ambos: ____ Otro (especifique) _____
 Condición de la vivienda: Propia ____ Alquilada ____ Otro (especifique) _____
 ¿Tiene hermanos en el plantel? Si ____ No ____ Nombres y Apellidos del/ los hermanos: _____
 Grupo/Grado/Año que cursan en el plantel: _____

ESTUDIA ACTUALMENTE : Si ____ NO ____ NOMBRE DEL PLANTEL: _____
 SALA /GRADO / MEDIA GENERAL: _____

OTRA PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombres y Apellidos: _____ C.I. _____
 Relación con el niño/a _____ Teléfono Celular: _____
 Dirección: _____

DATOS DE LA MADRE

Representante Legal: Si ____ No ____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
 Lugar de Nacimiento: Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Nacionalidad: V ____ E ____ País de Nacimiento: _____
 Cédula de Identidad: _____ Correo: _____
 SITUACIÓN MATRIMONIAL: Matrimonio Civil: ____ Matrimonio Eclesiástico: ____ Unión Estable de Hecho: ____
 Separados: ____ Divorciados: ____ Hijo/a de madre soltera: ____ Viudo/a: ____
 Dirección de Habitación Completa (comenzando por Avenida o calle): _____
 Teléfono de Habitación: _____ Telf. Celular: _____
 Profesión: _____ Empresa donde trabaja: _____
 A qué se dedica la empresa donde trabaja: _____ Cargo que desempeña: _____
 Rif: _____ Ingreso mensual: _____
 Dirección de la Empresa donde trabaja: _____
 Teléfono de la Empresa donde labora: _____



República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Educación
Unidad Educativa Colegio Nuestra Señora de Lourdes
Congregación de las Hermanas de San José de Tarbes
Valencia Estado Carabobo
Código Plantel: S0207D0814



DATOS DEL PADRE

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Lugar de Nacimiento: Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Nacionalidad: V ___ E ___ País de Nacimiento: _____

Cédula de Identidad: _____ Correo: _____

SITUACIÓN MATRIMONIAL: Matrimonio Civil: _____ Matrimonio Eclesiástico: _____ Unión Estable de Hecho: _____

Separados: _____ Divorciados: _____ Hijo/a de madre soltera: _____ Viudo/a: _____

Dirección de Habitación Completa (comenzando por Avenida o calle): _____

_____ Teléfono de Habitación: _____ Telf. Celular: _____

Profesión: _____ Empresa donde trabaja: _____

A qué se dedica la empresa donde trabaja: _____ Cargo que desempeña: _____

Rif: _____ Ingreso mensual: _____

Dirección de la Empresa donde trabaja: _____

Teléfono de la Empresa donde labora: _____

Datos del Representante Legal: en caso de no ser padre o madre llenar lo siguiente y anexar sustento legal

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Lugar de Nacimiento: Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Nacionalidad: V ___ E ___ País de Nacimiento: _____

Cédula de Identidad: _____ Correo: _____

Dirección de Habitación Completa (comenzando por Avenida o calle): _____

_____ Teléfono de Habitación: _____ Telf. Celular: _____

Profesión: _____ Empresa donde trabaja: _____

A qué se dedica la empresa donde trabaja: _____ Cargo que desempeña: _____

Rif: _____ Ingreso mensual: _____

Dirección de la Empresa donde trabaja: _____

Teléfono de la Empresa donde labora: _____

Motivo por el cual posee la Tutela del menor: _____

Datos de Salud

¿Padece de alguna enfermedad? Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Ha padecido enfermedades infecciosas? Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Padece de alguna condición? Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Se encuentra medicado? Si _____ No _____ Nombre del / los medicamento(s) _____

¿Es alérgico? Si _____ No _____ ¿A qué? _____

¿Tiene antecedentes quirúrgicos? Si _____ No _____ Causa _____

Datos Antropométricos: Peso: _____ Talla: _____ Altura: _____

¿Padece de alguna discapacidad? (FÍSICA O MOTRIZ / VISUAL O AUDITIVA) Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

_____ Posee Seguro Medico externo en caso de una emergencia? Si: _____ No: _____

Nombre de la empresa: _____

Datos Pastorales

Fecha de Bautizo: ____/____/____ Lugar: _____

Fecha de Primera Comunión: ____/____/____ Lugar: _____

Fecha de Confirmación: ____/____/____ Lugar: _____

En qué parroquia asisten a la Eucaristía?: _____

Practican otra religión? Si: _____ No _____ Nombre de la Religión: _____

Contrato de Servicio Educativo N° _____

Nombre y Apellido del Representante		Fecha de la Solicitud	
-------------------------------------	--	-----------------------	--