

MINISTERIO DE COMERCIO E INDUSTRIAS
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

MICI

Comunidad

Favor completar la solicitud con letra imprenta

DATOS PERSONALES DEL NIÑO

Nombre Completo del niño: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
No. cédula: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección Residencial: _____

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE O FUNCIONARIO RESPONSABLE

Nombre Completo: _____
Dirección Residencial: _____
Lugar de Trabajo: _____ Dpto.: _____
Teléfono Residencial: _____ Teléfono de la Oficina: _____
Celular: _____
E-Mail: _____
Ingreso Mensual: _____

DATOS PERSONALES DE LA MADRE

Nombre Completo: _____
Dirección Residencial: _____
Lugar de Trabajo: _____ Dpto.: _____
Teléfono Residencial: _____ Teléfono de la Oficina: _____
Celular: _____
E-Mail: _____
Ingreso Mensual: _____

DATOS PERSONALES DEL PADRE

Nombre Completo: _____
Dirección Residencial: _____
Lugar de Trabajo: _____ Dpto.: _____
Teléfono Residencial: _____ Teléfono de la Oficina: _____
Celular: _____
E-Mail: _____
Ingreso Mensual: _____

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Psicológica: -

Socioeconómica: _____

DIRECCIÓN

Aprobado Rechazado

Observaciones:

_____.

Autorizado por: _____
Fecha: _____

Mensualidad aprobada:

Firma del solicitante _____
Relación con el niño(a) _____