|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E:\logo nuevo.jpg** | **INSTITUTO ZACCARIA** | **FOTO 4 /4** |

**FICHA DE INSCRIPCION**

**CICLO LECTIVO 2021**

**CURSO: TURNO:**

APELLIDO Y NOMBRE:………………………………………………………………………………………………………………

DNI:………………………… NACIONALIDAD:………………………FECHA DE NACIMIENTO………………………………..

DOMICILIO:……………………………………………………………………………...LOCALIDAD:………………………………..

E-MAIL:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE:………………………………………………………………………………………………...

RESPONSABLE ECONOMICO: SI / NO TELEFONO DE CONTACTO PERSONAL:…………………………………

DNI:………………………………………NACIONALIDAD:………………………….OCUPACION:………………………………

DOMICILIO:…………………………………………………………………LOCALIDAD:…………………………………………..

DOMICILIO DEL EMPLEO:…………………………………………TELEFONO:…………………………………………………...

E-MAIL:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE:……………………………………………………………………………………………

RESPONSABLE ECONOMICO: SI / NO TELEFONO DE CONTACTO PERSONAL:………………………………….

DNI:………………………………………NACIONALIDAD:………………………….OCUPACION:………………………………

DOMICILIO:…………………………………………………………………LOCALIDAD:…………………………………………..

DOMICILIO DEL EMPLEO:…………………………………………TELEFONO:…………………………………………………...

EMAIL:………………………………………..............................................................................................................................

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BAUTISMO:……………………………….COMUNION:………………………….CONFIRMNACION:……………………………

ALERGICO SI / NO ALERGENICO:………………………………… GRUPO SANGUINEO:………FACTOR RH……..

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OBRA SOCIAL / PRE-PAGA:…………………………………………………..Nº DE AFILIACION:………………………………

ANTE URGENCIAS EL INSTITUTO ZACCARIA DERIVA AL HOSPITAL ARGERICH. CONFORME SI / NO

PADRE:

FIRMA :……………………………………………………….ACLARACION:…………………………………………………….

MADRE:

FIRMA:……………………………………………………….ACLARACION:……………………………………………………..