INSTITUTO
INMACULADA CONCEPCIÓN
www.ateneo.cicbue.edu.ar | ateneo@cic.fic.org.ar
Tel. 4862-1635 | 4863-5367 int 1116 y 1124

DATOS PERSONALES COLONIA DE VERANO

NOMBRE Y APELLIDO: ……..……..

EDAD: ……**DNI**: ……**GRADO/SALA (al cual asistirá en marzo)**…….

FECHA DE NACIMIENTO :…….

DOMICILIO: ……

TELÉFONOS (TODOS LOS POSIBLES):

Tel 1: …… **Referencia:** ……

Tel 2: …… **Referencia:** ……

Tel 3: …… **Referencia:** ……

GRUPO SANGUINEO: ……

OBRA SOCIAL: …….. **NRO. DE ASOCIADO**: ..……

MODALIDAD: MEDIO TURNO / TURNO COMPLETO

PERIODO (cantidad de días a los que asistirá y fechas): …….

……

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: ……**DNI**……

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: ……**DNI**……...

E-MAIL DE CONTACTO: ……

NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA AUTORIZADA DE RETIRAR AL NIÑO/A:

- …… **DNI**……
- …… **DNI**……
- ……**DNI**……
- ……**DNI**……
- ……**DNI**……
- ……**DNI**……

OBSERVACIONES……..……

……

……..…

……

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR - DNI