



FICHA INSCRIPCION

FECHA _____

NOMBRE:

APELLIDO:

DNI:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELEFONO:

TELEFONO CELULAR:

E-MAIL:

DIRECCION:

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE O TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE O TUTOR:

TIPO DE DISCAPACIDAD:

MEDICAMENTOS QUE TOMA HASTA EL MOMENTO:

COBERTURA MEDICA:

OBSERVACIONES Y OTROS:
