



Ficha De Datos

Periodo Lectivo : 2026 - 2027

Mi
Hermosa
Foto
actual

Datos personales: completar la información de acuerdo a la cédula o partida

Apellidos y Nombres del Niño/a:	#Cédula
Cómo le llaman en su Familia:	
Lugar y Fecha de Nacimiento:	Tipo de Sangre:
Dirección Domicilio:	
Teléfonos:	

Datos familiares:

PADRE:

Nombre y apellidos:	Cl:
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	

MADRE:

Nombre y apellidos:	Cl:
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	

HERMANOS:

Nº total de hermanos/as:	Lugar que ocupa:
Tiene celos?	

FAMILIAR DE CONTACTO SECUNDARIO

Nombre y apellidos:	Cl:
Parentesco:	Teléfonos:
Dirección:	

Información del Representante

Apellidos:	Nombres:
Correo Electrónico:	Cl:
Lugar de Trabajo:	Dirección:
Teléfonos:	Parentesco:

Relaciones:		
¿Vive con el padre y con la madre?	¿Vive con el padre?	¿Vive con la madre?
¿Quién le cuida habitualmente?		
Otros familiares que conviven en la casa:		
¿Con quién se relaciona mejor?		
¿Se relaciona con otros niños y niñas?		
¿Muestra buena disposición para ampliar su círculo de relaciones?		

Escolarización:	
Hasta qué edad de su hijo/a piensa tenerlo en nuestro centro infantil? _____	
Considera dentro de las opciones educativas continuar con nuestra Escuela Básica MAF?	
Datos físicos:	
Estatura:	Peso:
Estado de salud:	¿Ha padecido enfermedades?
¿Desea hacer algún comentario sobre la salud de su hijo/a?	

Sueño:		
Duerme solo /a o acompañado/a:	¿A qué hora se acuesta?	
¿Cuántas horas duerme por la noche?	Usa Pañal?	
¿Se despierta por la noche?	¿Tiene miedo?	¿A qué hora se levanta?

Alimentación:	
¿Toma una alimentación variada?	¿Desayuna bien antes de venir al centro?
¿Es alérgico/a a algún alimento?	
¿Qué alimentos no puede consumir?	

Higiene:	
¿Se baña o ducha todos los días?	¿Quién se ocupa de ello en casa?
¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?	
¿Hace cuánto tiempo fue el último chequeo dental?	
¿Tiene alergia a algún producto higiénico?	

Autonomía:

Describe lo que es capaz de hacer su hijo/a sin ayuda en lo referente a higiene, alimentación y vestido.

.....

Datos de terceras personas en caso de emergencia:

Posee seguro médico/qué seguro?

A qué clínica u hospital tiene cobertura en caso de emergencia?

1. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
2. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
1. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN CASO FIEBRE, U OTROS	Nombre medicina	Cantidad	Horarios

Personas autorizadas a retirar al Niño/a:

1. Nombres y Apellidos:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
2. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
3. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:

JORNADA:	Medio tiempo:	Tiempo completo:	Jornada Especial:
-----------------	---------------	------------------	-------------------

DATOS FACTURACIÓN ELECTRÓNICA:

Nombres y Apellidos:	
RUC o Cédula:	Correo:
Dirección:	Teléfono: