



Ficha de Ingreso

Periodo: 2026-2027

Mi
Hermosa
Foto

Datos personales: llenarlos tal cual consta en la cédula o partida

Apellidos y Nombres del Niño :

#Cédula:

Tipo de Sangre:

Dirección Domicilio:

Teléfono fijo:

Teléfono Celular:

Datos familiares:

PADRE:

Nombre y apellidos:

CI:

Profesión:

Lugar de Trabajo :

Ocupación:

Dirección:

Teléfono:

Email:

MADRE:

Nombre y apellidos:

CI:

Profesión:

Lugar de Trabajo :

Ocupación:

Dirección:

Teléfono:

Email:

HERMANOS:

Nº total de hermanos/as:

Lugar que ocupa:

¿Tiene algún conflicto con alguno de ellos?

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

Apellidos:

Nombres:

CI:

Correo Electrónico:

Lugar de Trabajo:

Dirección:

Teléfonos:

Parentesco:

Datos físicos del Niño:

Estatura:	Peso:
Estado de salud:	¿Ha padecido enfermedades?
¿Ha sufrido de algún accidente grave o fracturas?	
¿Desea hacer algún comentario sobre la salud de su hijo/a?	

Alimentación:

¿Cuántas comidas tiene al día?	¿Desayuna bien antes de venir a la Escuela?
¿Es alérgico/a a algún alimento?	¿Cuáles?
¿Qué alimentos no come?	
¿Qué alimentos ingiere?	
¿Posee alguna condición médica justificada para no ingerir algún alimento?	

Higiene:

¿Tiene alergia a algún producto higiénico o de desinfección?
¿Con qué frecuencia se baña?
¿Cuántas veces se cepilla los dientes durante el día?

Datos de Importancia sobre alguna dificultad o necesidad educativa: (solo si aplica)

[illegible]

Datos de terceras personas en caso de emergencia:

Posee seguro médico privado?	Si lo tiene qué aseguradora?
¿Sería de su interés adquirir uno?: SI _____ NO _____	
Dispone de cobertura en el IESS?	
A qué clínica u hospital tiene cobertura en caso de emergencia?	
1. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
2. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
3. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:
4. Nombre:	Parentesco:
Dirección:	Teléfono:

Personas autorizadas a retirar al Niño (de la Escuela):

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

**SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
EN CASO FIEBRE, U OTROS**

Nombre medicina	Cantidad	Horarios

DATOS PARA FACTURACIÓN

Nombres:	Apellidos:
No. Cédula o RUC:	Correo:
Dirección:	Teléfono:

Nombre del Representante
C.C

FIRMA DEL REPRESENTANTE