



HOJA DE MATRICULA 2025



Fecha Registro: AAAA ____ MM ____ DD ____

FOLIO No. _____

DATOS PERSONALES DEL (LA) ESTUDIANTE

| | | | |
|---|---------------|----------------------|--|
| Primer Nombre: | | Segundo Nombre: | |
| Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | |
| Fecha de Nacimiento: | DD: MM: AAAA: | Lugar de Nacimiento: | |
| Documento de Identidad: NUIP <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Nacionalidad | |
| No. _____ | Grado _____ | Teléfono: _____ | |
| Dirección de Residencia: _____ | | | |

INFORMACION DEL PADRE O ACUDIENTE

| | | | |
|----------------------|------------|------------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos: | | | |
| Profesión: | | C.C No. _____ De _____ | |
| Fecha de Cumpleaños | Día: _____ | Mes: _____ | Nacionalidad: _____ |
| Cargo actual: | | Empresa: _____ | |
| Celular _____ | | E-mail: _____ | |

INFORMACION DE LA MADRE O ACUDIENTE

| | | | |
|----------------------|------------|------------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos: | | | |
| Profesión: | | C.C No. _____ De _____ | |
| Fecha de Cumpleaños | Día: _____ | Mes: _____ | Nacionalidad: _____ |
| Cargo actual: | | Empresa: _____ | |
| Celular _____ | | E-mail: _____ | |

INFORMACION MEDICA

| | | | | |
|-----------------------------------|-------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Grupo Sanguíneo | _____ | Problemas de alimentación | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Alergias (comidas - medicamentos) | | | | |
| Medicamentos que está consumiendo | | | | |
| Medicamentos que NO debe consumir | | | | |

En caso de urgencia y de no encontrarse sus padres, favor avisar a:

Acudiente 1: _____ Telefono No. _____

Acudiente 2: _____ Telefono No. _____

Observaciones: Nosotros, padres ó acudientes, asumimos la responsabilidad y garantizamos que todos los acontecimientos sociales que se celebren en nuestra casa con los jóvenes en edad escolar, serán vigilados por nosotros ó por otras personas adultas, y estarán libres de alcohol y drogas. Aceptamos los planes, programas, normas y el Pacto de Convivencia del preescolar, asistiremos oportuna y puntualmente a las reuniones de padres de familia y a las demás establecidas por la institución.

Autorización: Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a LA CASITA DE TOTÓ para tratar mis datos personales y los del menor a mi cargo, de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web www.lacasitadetoto.com.co. Asi mismo, certifico que la información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales y los del(la) menor a mi cargo la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Firma del padre ó acudiente

Firma de la madre

Director General