



CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR

# “Santa Rosa de Lima”

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO OFICIAL:  
INICIAL: RD N° 1285 – 99 / PRIMARIA RM N° 5214 – 27 / SECUNDARIA RM N° 5214

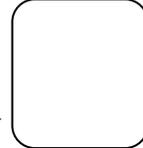


## DECLARACIÓN JURADA

Yo:.....identificado(a) con DNI N°..... DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos que consignaré a continuación en la “Ficha de Datos de la Estudiante” son verdaderos; por lo tanto, autorizo expresamente a las autoridades del Colegio para que puedan verificar si lo estimaran por conveniente y en caso de encontrar datos falsos y/o haber omitido alguno de importancia a criterio de la Institución, proceda según reglamentación interna.

Cusco, .....de ..... del 2020

Firma



Huella digital

## FICHA DE DATOS DE LA ESTUDIANTE

Pegar foto actual de la estudiante

NIVEL		GRADO		SECCIÓN	
-------	--	-------	--	---------	--

DATOS DE LA ESTUDIANTE:				
Tipo de matrícula:		Regular ( )	Re ingresante ( )	Ingresante ( )
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres
Documento de Identidad N°		Fecha de Nacimiento (Día/ mes/año)		
DOMICILIO	Dirección:			
	Departamento:	Provincia:		Distrito:
	Teléfono fijo:		Teléfono celular:	
	Tipo de vivienda: Propia ( )		Alquilada ( )	Familiar ( )
	Referencia de ubicación:			
OTROS DATOS	Número de herman@s:		Lugar que ocupa:	
	Religión:	Bautizo: Sí ( ) No ( )	Comunión: Sí ( ) No ( )	Confirmación: Sí ( ) No ( )
	Tipo de discapacidad: Ninguno ( ) Auditiva ( ) Motora ( ) Visual ( ) Otro:			
	En caso de emergencia ¿a qué teléf. llamar?			

Si la estudiante tiene hermanas en nuestro colegio, llene el siguiente cuadro:

NIVEL	GRADO	SECCIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES



CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR  
**“Santa Rosa de Lima”**



AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO OFICIAL:  
 INICIAL: RD N° 1285 – 99 / PRIMARIA RM N° 5214 – 27 / SECUNDARIA RM N° 5214

**DATOS DEL PADRE Y MADRE o APODERAD@** (El último caso con documento notarial)

	Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres	
DATOS DEL PADRE	¿Es responsable de la estudiante?: Sí ( ) No ( )		Fallecido: Sí ( ) No ( )	
	Vive con la estudiante: Sí ( ) No ( )			
	Fecha de Nac. (D/M/A)		DNI:	
	Domicilio:			
	Estado civil: Soltero ( ) Conviviente ( ) Casado civil ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )			
	Sacramentos realizados: Bautismo ( ) Comunión ( ) Confirmación ( ) Matrimonio ( )			
	Nivel de instrucción:			
	Ninguno ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria Incompleta ( )			
	Secundaria completa ( ) Superior No Universitaria Incompleta ( ) Superior No Universitaria completa ( )			
	Superior Universitaria Incompleta ( ) Superior Universitaria completa ( ) Superior post grado ( )			
Dirección del domicilio:				
Referencia de ubicación:				
Telf. Cel.:		Centro de trabajo:	Telf. Casa:	Telf. Trabajo:
Email:				
Centro de Trabajo			Ocupación	

	Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres	
DATOS DE LA MADRE	¿Es responsable de la estudiante?: Sí ( ) No ( )		Fallecido: Sí ( ) No ( )	
	Vive con la estudiante: Sí ( ) No ( )			
	Fecha de Nac. (D/M/A)		DNI:	
	Domicilio:			
	Estado civil: Soltero ( ) Conviviente ( ) Casado civil ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )			
	Sacramentos realizados: Bautismo ( ) Comunión ( ) Confirmación ( ) Matrimonio ( )			
	Nivel de instrucción:			
	Ninguno ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria Incompleta ( )			
	Secundaria completa ( ) Superior No Universitaria Incompleta ( ) Superior No Universitaria completa ( )			
	Superior Universitaria Incompleta ( ) Superior Universitaria completa ( ) Superior post grado ( )			
Dirección del domicilio:				
Referencia de ubicación:				
Telf. Cel.:		Centro de trabajo:	Telf. Casa:	Telf. Trabajo:
Email:				
Centro de Trabajo			Ocupación	



CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR

# “Santa Rosa de Lima”

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO OFICIAL:  
INICIAL: RD N° 1285 – 99 / PRIMARIA RM N° 5214 – 27 / SECUNDARIA RM N° 5214



DATOS DEL APODERADO	Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres			
	¿Es responsable de la estudiante?: Sí ( ) No ( )	Fallecido: Sí ( ) No ( )		Vive con la estudiante: Sí ( ) No ( )		
	Fecha de Nac. (D/M/A)	DNI:		Domicilio:		
	Estado civil: Soltero ( ) Conviviente ( )	Casado civil ( )	Divorciado ( )	Viudo ( )		
	Sacramentos realizados: Bautismo ( )	Comunión ( )	Confirmación ( )	Matrimonio ( )		
	Nivel de instrucción:					
	Ninguno ( )		Primaria incompleta ( )	Primaria completa ( )	Secundaria Incompleta ( )	
	Secundaria completa ( )		Superior No Universitaria Incompleta ( )		Superior No Universitaria completa ( )	
	Superior Universitaria Incompleta ( )		Superior Universitaria completa ( )		Superior post grado ( )	
	Dirección del domicilio:					
	Referencia de ubicación:					
	Telf. Cel.:	Centro de trabajo:	Telf. Casa:	Telf. Trabajo:		
	Email:					
Centro de Trabajo			Ocupación			

## CROQUIS DE SU DOMICILIO EXACTO:

Por favor dibuje el croquis de ubicación con algunas referencias (Nombre de vías u otros)

.....  
Nombre y Apellidos del Padre de familia que llena la ficha

Nro. DNI .....

.....  
Firma



CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR  
**“Santa Rosa de Lima”**

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO OFICIAL:  
INICIAL: RD N° 1285 – 99 / PRIMARIA RM N° 5214 – 27 / SECUNDARIA RM N° 5214



### INFORMACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA ESTUDIANTE

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre	
Fecha de Nacimiento		DNI:		Grado:	
				Sección:	
Nombre del Padre:.....			Nombre de la Madre:.....		
Dirección:.....			Dirección:.....		
Nro Telf.....			Nro Telf.....		
Otra persona de contacto en caso de ausencia de los anteriores:					
Otros datos de interés y numero de emergencia					

### ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD: ..... PESO ACTUAL: ..... TALLA ACTUAL: .....

ANALISIS HEMOGLOBINA: ..... TIPO DE SANGRE: .....

TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIODICAMENTE UN TRATAMIENTO O CONTROL MEDICO

SI  NO ¿Cuál? .....

HA SIDO OPERADA  SI  NO

¿Cuál? .....

TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA:  SI  NO

1.- ALIMENTOS: .....

2.- MEDICAMENTOS .....

3.- OTROS .....



CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR  
**“Santa Rosa de Lima”**

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO OFICIAL:  
INICIAL: RD N° 1285 – 99 / PRIMARIA RM N° 5214 – 27 / SECUNDARIA RM N° 5214



**TRATAMIENTO:**

¿Recibe tratamiento médico?

SI  NO

Especifique: .....

¿PSICOLOGICO?

SI  NO

**MOTIVO** .....

¿PRESENTA ALGUNA LIMITACION FISICA?

SI  NO

ACLARACION .....

OTRO PROBLEMA DE SALUD .....

**TIENE SEGURO MEDICO:**

**ESSALUD**

SI  NO

**SI**

**PRIVADO**

OTRO, indique  .....

*En caso de que su hija tenga que tomar excepcionalmente alguna medicación en el colegio, deberá informar a la enfermera y aportar copia del informe médico*

**SITUACIONES ESPECIALES**

EN CASO DE EMERGENCIA:

Yo, *(nombre del padre, madre o tutor legal)*, \_\_\_\_\_  
*CON DNI* \_\_\_\_\_ (padre, madre o tutor legal), del niño/a *(nombre de la niña)* \_\_\_\_\_

Autorizo, en caso de emergencia y en mi ausencia, a trasladar a mi hija al centro salud más cercano, si fuese necesario, utilizando medios propios del Centro, para que así mi hija pueda recibir los cuidados requeridos según su estado de salud.

OBSERVACIONES:

.....  
.....

.....  
*Firma del padre y de la madre o representantes legales*