



Ficha De Datos

Periodo Lectivo : 2025 - 2026

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:	CI:
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	
MADRE:	
Nombre y apellidos:	CI:
Fecha de nacimiento:	Profesión:
Lugar de Trabajo :	Ocupación:
Dirección:	Teléfono:
Email:	
HERMANOS:	
Nº total de hermanos/as:	Lugar que ocupa:
Tiene celos?	

Información del Representante

Apellidos:	Nombres:
Correo Electrónico:	CI:
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. Nombre:	Parentesco:
2. Nombre:	Parentesco:
3. Nombre:	Parentesco:
4. Nombre:	Parentesco:
5. Nombre:	Parentesco:

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

DATOS FACTURACIÓN ELECTRÓNICA:

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