



Boleta Matricula 2024

_____ **Materno**

_____ **Transición**

_____ **Grado**

Nombre de la persona estudiante:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de Nacimiento:
Número de cédula:	
Sexo: () Hombre () Mujer () Prefiero no decirlo	Nacionalidad: Costarricense () Otra: _____
Edad cumplida al 15 de febrero de 2021: ____ años ____ meses	
Dirección actual exacta:	Teléfono de la casa:
Tiene beca de Transporte SI () NO ()	Ayuda IMAS SI () NO ()
Tiene Beca CRECEMOS SI () NO ()	Apadrinados SI () NO ()
En caso de emergencia comunicarse con:	Al teléfono:
Nombre del padre:	Nombre de la madre:
Edad:	Edad:
Cédula:	Cédula:
Nacionalidad: () Costarricense () Otra: _____	Nacionalidad: () Costarricense () Otra: _____
Vive con el niño SI () NO ()	Vive con el niño SI () NO ()
Ocupación fuera del hogar SI () Cuál? _____ NO ()	Ocupación fuera del hogar SI () Cuál? _____ NO ()
Lugar de trabajo:	Lugar de trabajo:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo
Celular:	Celular:
Estado civil:	Estado civil:
Nivel de escolaridad () No () Primaria completa () Secundaria Completa () Otra: _____	Nivel de escolaridad () No () Primaria completa () Secundaria Completa () Otra: _____
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Persona encargada del cuidado del estudiante mientras el padre o madre trabaja:	
Vive en casa: Alquilada () monto de alquiler: _____ Prestada () Propia ()	

Estado de la vivienda: Bueno() Malo () Regular () Acceso a Internet SI () NO ()
Credo religioso Familiar: CATOLICO() TESTIGO DE JEHOVA() Evangélico () OTRO()
Su hijo/a padece alguna enfermedad y que requiere tratamiento que necesite ser informada a la docente anótelos:
Su hijo/a es alérgico a algún alimento o medicamento en particular: NO () SI () traer dictamen médico.
Vacunas: Completas() Incompletas () Tiene beca de transporte NO () SI () ()Solicitada, en espera
Ha notado usted en su hijo/a algún tipo de necesidad o problema a nivel de lenguaje, de aprendizaje o de salud que requieran de tratamiento o cuidado especial. SI () Especifique NO ().
En caso de ser afirmativo le solicitamos adjuntar documentos médicos que respalden la información.

Tienen hermanos en la escuela: Si () No. ()

Hermano _____ Nivel _____

Hermano _____ Nivel _____

Hermano _____ Nivel _____

Hermano _____ Nivel _____