

MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
**ACADEMIA GEDEON 2026**  
Registro Confidencial del Alumno  
GRADO ESCOLAR \_\_\_\_\_

I. Nombre del Niño (a) \_\_\_\_\_

NOMBRE

APELLIDO

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Tipo Sangre \_\_\_\_\_

II. Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

III. Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

IV. Acudiente: \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono Acudiente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

V. ¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

VI. Correo electrónico (obligatorio) \_\_\_\_\_

VII. ¿Viaja en BUSITO? SI  NO

Conductor \_\_\_\_\_ PLACA N° \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

VII. Sufre de ALERGIAS SI  NO

A qué?: \_\_\_\_\_

VIII. Colocar X a las enfermedades Padecidas.

Varicela  Asma  Sarampión  Alfombrilla  otras \_\_\_\_\_

IX. ¿Toma algún MEDICAMENTO? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

X. ¿Cuántos Hermanos tiene? \_\_\_\_\_. ¿Qué lugar ocupa entre ellos? \_\_\_\_\_

En caso de URGENCIA llamar a: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Recuerde: Su niño no será entregado a ningún menor de edad, ni a persona sin previa autorización.

ENTERADO (A) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_