



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA  
**CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
R.D.R. N° 4507-2002

Yo: ....., identificado(a) con DNI N°..... DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos que consignaré a continuación en la **“Ficha de Datos del 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 el reglamento interno.

Cajamarca, .....de ..... del 2025.

\_\_\_\_\_ Firma  Huella digital

### FICHA DE DATOS DEL ESTUDIANTE

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

DATOS DE LA ESTUDIANTE:					
Tipo de matrícula:		Regular ( )	Reingresante ( )	Ingresante ( )	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
DNI N°:					
DOMICILIO	Dirección:				
	Referencia:				
	Departamento:		Provincia:		Distrito:
	Teléfono fijo:				
	Tipo de vivienda: Propia ( ) Alquilada ( ) Familiar ( )				
OTROS DATOS	Número de hermanos:		Lugar que ocupa:		
	Tipo de discapacidad: Ninguno ( ) Auditiva ( ) Motora ( ) Visual ( ) Otro:				
	En caso de emergencia ¿a qué telef. llamar?				



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA  
**CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
 R.D.R. N° 4507-2002

DATOS DEL PADRE Y MADRE O APODERADO				
<b>DATOS DEL PADRE</b>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
	¿Es responsable de la estudiante?: Sí ( ) No ( )	Vive con el estudiante: Sí ( ) No ( )	Fallecido: Sí ( ) No ( )	
	DNI N°:	Fecha de Nac.: / /	Correo:	
	Dirección:			
	Referencia:			
	Telf. Cel.	Teléf. Casa	Teléf. de trabajo	
	Estado Civil: Soltero ( ) Conviviente ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )			
	Nivel de instrucción: Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior Completa ( ) Superior Incompleta ( )			
	Ocupación:		Centro de Trabajo:	
<b>DATOS DEL MADRE</b>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
	¿Es responsable de la estudiante?: Sí ( ) No ( )	Vive con el estudiante: Sí ( ) No ( )	Fallecido: Sí ( ) No ( )	
	DNI N°:	Fecha de Nac.: / /	Correo:	
	Dirección:			
	Referencia:			
	Telf. Cel.	Teléf. Casa	Teléf. de trabajo	
	Estado Civil: Soltero ( ) Conviviente ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )			
	Nivel de instrucción: Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior Completa ( ) Superior Incompleta ( )			
	Ocupación:		Centro de Trabajo:	
<b>DATOS DEL APODERADO 1/</b>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
	¿Es responsable de la estudiante?: Sí ( ) No ( )	Vive con el estudiante: Sí ( ) No ( )	Fallecido: Sí ( ) No ( )	
	DNI N°:	Fecha de Nac.: / /	Correo:	
	Dirección:			
	Referencia:			
	Telf. Cel.	Teléf. Casa	Teléf. de trabajo	
	Estado Civil: Soltero ( ) Conviviente ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )			
	Nivel de instrucción: Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior Completa ( ) Superior Incompleta ( )			
	Ocupación:		Centro de Trabajo:	

1/ En caso de apoderado adjuntar documento notarial.



## INFORMACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Grado y sección:	DNI N°:	Fecha de Nac.:    /    /

1. Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente un tratamiento o control médico?

 SI NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

3. ¿Recibe tratamiento médico?

 SI NO

Especifique: \_\_\_\_\_

4. ¿Recibe tratamiento psicológico?

 SI NO

Motivo: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene algún tipo de alergia?

a. Alimentos: \_\_\_\_\_

b. Medicamentos: \_\_\_\_\_

c. Otros: \_\_\_\_\_