

<b>1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN:</b>	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	
<b>GRUPO ÉTNICO</b>	Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afro Descendiente <input type="checkbox"/>
DOMICILIO:	
SECTOR:	
TELÉFONOS DE CONTACTO:	CELULAR:

<b>2.- DATOS FAMILIARES</b>					
<b>Nombres y Apellidos (Madre):</b>					
N°CI	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión/Ocupación	Lugar de Trabajo
<b>Teléfono</b>				<b>Celular</b>	
<b>Nombres y Apellidos (Padre):</b>					
N°CI	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión/Ocupación	Lugar de Trabajo
<b>Teléfono</b>				<b>Celular</b>	
<b>Nombres y Apellidos (Representante legal/cuidador)</b>					
N°CI	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión/Ocupación	Lugar de Trabajo
<b>Teléfono</b>				<b>Celular</b>	

<b>3.- FAMILIA Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA (Detallar todos los miembros del grupo familiar)</b>							
Nombre	Parentesco	Estado Civil	Edad	Instrucción	Profesión/Ocupación	Lugar/Empresa	Ingresos
<b>TOTAL</b>							
EGRESOS IMPORTANTES	DETALLE			VALOR	TOTAL		

<b>3.1 CONDICIONES DE VIVIENDA:</b>											
Propia		Arrendada		Prestada		Anticresis		Con préstamo		Compartida	
Departamento								Cuarto			
<b>Servicios:</b>		Luz eléctrica		Agua potable		SSH		Pozo séptico		Teléfono	
TV Cable		Celular					Computadora				
Internet		Otro dispositivo electrónico									

<b>3.2 CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE:</b>											
Tiene alguna enfermedad:				SI		NO					
Indicar Cuál/es											
Tiene alergias:				SI		NO					
Indicar Cuál/es											
Recibe tratamientos médicos:				SI		NO					
Indicar Cuál/es											
Medicamentos que utiliza:											
Donde recibe atención:		Centro de Salud		Sub centro de salud		Hospital público		Hospital privado			
Tiene algún tipo de discapacidad:				SI		NO					
Indicar Cuál/es											
No. Carnet del CONADIS:											

<b>4.- ESTRUCTURA FAMILIAR:</b>											
<b>PADRES</b>											
Casados		Separados					Unión de Hecho				
Divorciados											
En caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco del fallecido											
<b>EL/LA ESTUDIANTE VIVE CON: (Especificar nombre y parentesco)</b>											
Padre/madre											
Padre								Madre			
Otros		Especificar nombre y parentesco									

<b>OBSERVACIONES:</b>											
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ INGRESADA ES REAL Y AUTORIZO AL PERSONAL CORRESPONDIENTE DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL LA SALLE, A VERIFICAR ESTO EN EL CASO DE SER REQUERIDO:											
FIRMA DEL RESPONSABLE				C.I. N° .....				Quito: .....de.....del 2.....			