



|  |
| --- |
| **1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/ INFORMACIÓN:** |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: |  |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| **GRUPO ÉTNICO** | Negro Descendiente | Blanco | Mestizo | Indígena | Afro |
| DOMICILIO: |  |
| SECTOR: |  |
| TELÉFONOS DE CONTACTO: | CELULAR: |

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

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



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3.1 CONDICIONES DE VIVIENDA:** |
| Propia |  | Arrendada |  | Prestada |  | Anticresis |  | Con préstamo |  | Compartida |  |
| Departamento |  | Cuarto |  |  |
| **Servicios:** | Luz eléctrica |  | Agua potable |  | SSHH |  | Pozoséptico |  | Teléfono |  |
| TVCable |  | Celular |  | Computadora |  |
| Internet |  | Otro dispositivo electrónico |  |  |  |
| **3.2 CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE:** |
| 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 deSalud |  | Sub centro desalud |  | Hospital público |  | Hospital privado |  |
| Tiene algún tipo de discapacidad: | SI |  |  | NO |  |  |
| Indicar Cuál/es |  |
| No. Carnet del CONADIS: |  |
| **4.- ESTRUCTURA FAMILIAR:** |
| **PADRES** |
| Casados |  | Separados |  | Unión de Hecho |  |
| Divorciados |  |
| En caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco del fallecido |  |  |
| **EL/LA ESTUDIANTE VIVE CON: (Especificar nombre y parentesco)** |
| Padre/madre |  |  |
| Padre |  |  | Madre |  |  |
| Otros |  | Especificar nombre y parentesco |  |
| **OBSERVACIONES:** |  |
|  |
| 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………………… |