

**Información del niño (a)**

Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo F  M

Idioma(s) hablado(s) en casa \_\_\_\_\_

Dirección de residencia \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_

Personas con las que vive \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a \_\_\_\_\_ al teléfono \_\_\_\_\_

EPS \_\_\_\_\_ Medicina Prepagada \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño (a) alguna necesidad educativa, emocional o física especial que debiéramos conocer? \_\_\_\_\_

Procedencia (última institución educativa) \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso esperada \_\_\_\_\_

Marque con una X el horario que más les convie

5 días mañanas  5 días día completo  5 días horario extendido

**Información de padres o acudientes**

Nombre completo de la madre o acudiente \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente a la del niño(a) \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre o acudiente \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente a la del niño(a) \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

2

### Sobre Cosmos Montessori

De los servicios que ofrece Cosmos Montessori ¿Cuál es su principal interés?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene algún conocimiento sobre la filosofía Montessori? Si  No

En caso de responder afirmativamente la anterior pregunta ¿Qué es lo que más le llama la atención de este método de enseñanza y estilo de vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de la madre o acudiente \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Firma de la padre o acudiente \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_