

MINISTERIO DE COMERCIO E INDUSTRIAS
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2027

☐ MICI

☐ Comunidad

Favor completar la solicitud con letra imprenta

DATOS PERSONALES DEL NIÑO

Nombre Completo del niño: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____
No. cédula: _____	
Sexo: ☐ Masculino	Femenino ☐
Dirección Residencial: _____	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE O FUNCIONARIO RESPONSABLE

Nombre Completo: _____	
Dirección Residencial: _____	
Lugar de Trabajo: _____	Dpto.: _____
Teléfono Residencial: _____	Teléfono de la Oficina: _____
Celular: _____	
E-Mail: _____	Parentesco: _____
Ingreso Mensual: _____	

DATOS PERSONALES DE LA MADRE

Nombre Completo: _____	
Dirección Residencial: _____	
Lugar de Trabajo: _____	Dpto.: _____
Teléfono Residencial: _____	Teléfono de la Oficina: _____
Celular: _____	
E-Mail: _____	
Ingreso Mensual: _____	

DATOS PERSONALES DEL PADRE

Nombre Completo:	_____
Dirección Residencial:	_____
Lugar de Trabajo:	_____ Dpto.: _____
Teléfono Residencial:	_____ Teléfono de la Oficina: _____
Celular:	_____
E-Mail:	_____
Ingreso Mensual:	_____

DIRECCIÓN

☐	Aprobado	☐	Rechazado
Observaciones:			

Autorizado por: _____			
Fecha: _____			
Mensualidad aprobada: _____			

Firma del solicitante _____ Fecha de la Solicitud _____

Relación con el niño(a) _____