



**CENTRO CULTURAL COMFAMILIAR ATLÁNTICO
PROGRAMA - LEER CON RECIÉN NACIDOS**

DATOS GENERALES



NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO (Indicar a quién pertenece):

FIJO: _____ CELULAR: _____

DATOS FAMILIARES:

PADRE/ MADRE:

NOMBRE COMPLETO: _____

OCUPACIÓN: _____ EMPRESA: _____

AFILIADO: (), NO AFILIADO: () EMAIL: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

OCUPACIÓN: _____ EMPRESA: _____

AFILIADO: (), NO AFILIADO: () EMAIL: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____ PARENTESCO: _____

EL PROGRAMA VA DIRIGIDO A: (Marque con una x)

MADRE GESTANTE: ()

NIÑOS DE 0 a 1 año: ()

NIÑOS DE 1 a 3 años: ()

Requisitos para elaborar la inscripción:

- Diligenciar el formulario.
- 2 fotos del niño (a) para carné.
- Fotocopias de Cédula de los padres.
- Fotocopia del carné de afiliación a la Caja de Compensación.
- Fotocopia del registro civil.
- Cancelar el valor por semestre.

Nota: Favor diligenciar el carné del programa en la Sala Infantil.