

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE EMPLEO
Ciclo Escolar 2018-2019

INFORMACIÓN MÉDICA

Si sus hijo(s) tienen alguna alergia o padecimiento que requiera alguna atención especial, favor de llenar la información requerida.

Nombre de su hijo(a) _____

Alergia o Padecimiento Si / No Especificar _____

Nombre de su hijo(a) _____

Alergia o Padecimiento Si / No Especificar _____

ACTUALIZACION DE EMPLEO

Por favor indique el nombre comercial y razón social del lugar de trabajo y clasifíquelo de acuerdo a las opciones.

Nombre de la Empresa del PADRE: _____

- Auto-empleo (Consultor, profesionista independiente)
- Negocio Propio _____ Local _____ Nacional _____ Internacional / Multinacional
- Empleado Empresa _____ Local _____ Nacional _____ Internacional / Multinacional

Nombre de la Empresa de la MADRE: _____

- Auto-empleo (Consultor, profesionista independiente)
- Negocio Propio _____ Local _____ Nacional _____ Internacional / Multinacional
- Empleado Empresa _____ Local _____ Nacional _____ Internacional / Multinacional

NOMBRE Y FIRMA