

FORMULARIO FAMILIAR DEL ESTUDIANTE

COLEGIO: COLEGIO PRIVADO ALEXANDER VON HUMBOLDT

AÑO: 2026

DIRECCIÓN: AV. TARAPACÁ S/N

CORREO: secretaria@colegiohumboldt.edu.pe

INDICACIÓN: Escribir con letra imprenta y legible o mediante computadora.

DATOS BÁSICOS DEL ESTUDIANTE			
Nombres		Apellidos	
Fecha nacimiento		País	
Grado		Nivel	
Origen		Nuevo <input type="checkbox"/> Ratificado <input type="checkbox"/>	
Tipo de documento		N° documento	
Móvil		Correo	
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		CE <input type="checkbox"/>	
Dirección completa		Distrito	
Religión		¿Exonerar curso?	
Ed. Física <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/>		N° hermanos	
En caso de exonerar adjuntar solicitud		Lugar que ocupa	
¿Discapacidad?		¿Tiene certificado?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Apoyo SAANEE?		¿Visita SAANEE?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/>	
		Mensual <input type="checkbox"/>	
DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE			
Seguro		Tipo de seguro	
Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>		SIS <input type="checkbox"/> Essalud <input type="checkbox"/>	
Ninguno <input type="checkbox"/>		EPS <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>	
Dirección del seguro		Grupo sanguíneo	
Distrito del seguro		¿Tiene pie plano?	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Parto		¿Parto complicado?	
Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Especificar complicación			
Describir alergias		Describir cuidados médicos	
DATOS DEL PADRE			
Nombres		Apellidos	
Fecha nacimiento		País	
Tipo de documento		N° documento	
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		¿Vive?	
CE <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Móvil		¿Vive con hijo(a)?	
Correo		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Estado civil		Ocupación	
Religión		Dirección completa	
Distrito		Instrucción	
		Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	
		Instituto <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/>	
DATOS DE LA MADRE			
Nombres		Apellidos	
Fecha nacimiento		País	
Tipo de documento		N° documento	
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		¿Vive?	
CE <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Móvil		¿Vive con hijo(a)?	
Correo		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Estado civil		Ocupación	
Religión		Dirección completa	
Distrito		Instrucción	
		Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	
		Instituto <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL APODERADO (Llenar solo en caso que el apoderado sea una persona distinta al padre o madre y adjuntar carta poder notarial)			

Nombres		Apellidos		¿Vive con estudiante?	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tipo de documento		N° documento		Parentesco	
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>					
Móvil		Correo		Ocupación	
				Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Instituto <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/>	
Dirección completa				Distrito	
ACUDIENTES Y/O CONTACTOS DE EMERGENCIA					
Nombres		Apellidos		Móvil	
Nombres		Apellidos		Móvil	

DATOS DE CONTROL DEL ESTUDIANTE (SÓLO PARA ALUMNOS DEL NIVEL INICIAL)

EDAD DE ACTIVIDAD PSICOMOTRIZ/ LENGUAJE					
Se sentó	Psicomotriz	Años		Meses	
Se paró	Psicomotriz	Años		Meses	
Caminó	Psicomotriz	Años		Meses	
Controló sus esfínteres	Psicomotriz	Años		Meses	
Levantó la cabeza	Psicomotriz	Años		Meses	
Gateó	Psicomotriz	Años		Meses	
Habló sus primeras palabras	Lenguaje	Años		Meses	
Habló con fluidez	Lenguaje	Años		Meses	

Leyenda: SAANEE: Servicios de apoyo y asesoramiento para la atención de las necesidades educativas especiales

A efectos de lo previsto en la Ley N° 29733 (LPDP): El APODERADO(A) autoriza que sus datos personales sean conservados y utilizados por EL COLEGIO, con fines comerciales, estadísticos, administrativos, cobranzas y otros aspectos relacionados con el servicio educativo que se le ofrece a su pupilo(a). Asimismo, ELAPODERADO autoriza, como medio válido, las notificaciones físicas al domicilio y/o notificaciones electrónicas al teléfono fijo, teléfono móvil y correo electrónico para todo acto administrativo relacionado con nuestra relación contractual. Los datos serán conservados en un banco de datos cuyo titular es EL COLEGIO, ubicada en la dirección especificada en el presente documento. La autorización es por tiempo indefinido y EL APODERADO podrá ejercer sus derechos de acceso y rectificación de sus datos de acuerdo a la Ley N° 29733 ; o la eliminación de los datos al término de nuestra relación contractual, dirigiendo su solicitud al correo datospersonales@colegiohumboldt.edu.pe. EL APODERADO autoriza, que en caso de incumplimiento en los pagos, EL COLEGIO derive sus datos personales e historial de morosidad a las centrales de riesgos y/o empresas privadas de cobranzas y/o Sociedad Nacional de Escuelas(SONAES). Asi también, El APODERADO autoriza que en caso de emergencia, la escuela traslade a su pupilo(a) al centro de salud declarado en el presente documento.

<div></div> <div>Firma y huella digital del padre, madre o apoderado</div>	<div></div> <div>Firma y huella digital del padre, madre o apoderado</div>
Nombre: _____	Nombre: _____
DNI: _____	DNI: _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____