

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	Nº documento	Móvil	Correo
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>			
Dirección completa			Distrito
Religión	¿Exonerar curso?	Nº hermanos	Lugar que ocupa
	Ed. Física <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> <small>En caso de exonerar adjuntar solicitud</small>		
¿Discapacidad?	¿Tiene certificado?	¿Apoyo SAANEE?	¿Visita SAANEE?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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	Grupo sanguíneo	¿Tiene pie plano?
Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	SIS <input type="checkbox"/> Essalud <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dirección del seguro		Distrito del seguro	¿Usar lentes?
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Parto	¿Parto complicado?	Especificar complicación	
Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Describir alergías		Describir cuidados médicos	

DATOS DEL PADRE

Nombres	Apellidos	Fecha nacimiento	País
Tipo de documento	Nº documento	¿Vive?	¿Vive con hijo(a)?
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Móvil	Correo	Estado civil	Ocupación
Religión	Dirección completa		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	Nº documento	¿Vive?	¿Vive con hijo(a)?
DNI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Móvil	Correo	Estado civil	Ocupación
Religión	Dirección completa		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		Nº documento	País	Parentesco
DNI <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>			
CE <input type="checkbox"/>				
Móvil	Correo	Ocupación	Instrucción	
			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	Parentesco	Móvil	
Nombres	Apellidos	Parentesco	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, EL APODERADO 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). Así 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.



Firma y huella digital del padre, madre o apoderado

Firma y huella digital del padre, madre o apoderado

Nombre: _____
DNI: _____
Parentesco: _____

Nombre: _____
DNI: _____
Parentesco: _____