FICHA DE INSCRIPCIÓN

Programa LONCHERITAS SALUDABLES

Nombre del Niño (a):

primer nombre	segundo nombre	primer apellido	segundo apellido

Edad: **Fecha de Nacimiento:** día / mes / año

Colegio:

Grado: **Sección:**

INFORMACIÓN MÉDICA

Alergias Alimenticias: **si** **no**

Cuáles:

Intolerancias Alimenticias: **Gluten** **Lactosa**

Otras Patologías: **Diabetes** **otros:**

Observaciones:

Nombre del Padre:

primer nombre	segundo nombre	primer apellido	segundo apellido

Teléfono: **Correo Electrónico:**

Ocupación

Nombre de la Madre:

primer nombre	segundo nombre	primer apellido	segundo apellido

Teléfono: **Correo Electrónico:**

Ocupación

DATOS PARA FACTURACIÓN

Nombre:

Dirección:

Nit:

FORMA DE PAGO

EFECTIVO BOLETA DEPÓSITO MONETARIO #