



**ACADEMIA DE BELLAS ARTES TOÑO SALAZAR
REGISTRO DE ALUMNOS 2022**

PROGRAMA DE: _____

CURSO LIBRE: _____

PROGRAMA: _____

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Fecha de inscripción				Fotografía:	
Nombre completo:					
Lugar y fecha de nacimiento:					
Documento único de identidad (DUI); (si eres menor de edad DUI de padre, madre o responsables)					
Grado educativa que actualmente cursa:					
Institución educativa o universidad de estudio:					
Dirección de residencia actual				Sexo: M: F:	
Teléfono fijo:	Teléfono celular:	Nuevo Ingreso:	Antiguo Ingreso:		
Nombre del padre, madre o responsable (Si eres menor de edad): _____					
En caso de emergencia comunicarnos con:	1)	Parentesco	Teléfono:		
	2)	Parentesco	Teléfono:		
Horario a inscribir:	L: ___ M: ___ X: ___ J: ___ V: ___ S: ___	2:00-2:45 PM: ___	3:00-3:45 PM: ___	4:00-4:45 PM: ___	5:00-5:45 PM: ___
		1:45-2:45 PM: ___	3:00-4:45 PM: ___	8:00-9:45 AM: ___	10:00-11:45 AM: ___

DECLARACION PERSONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES GENERALES

¿Qué tipo de discapacidad tienes?	Deficiencia Intelectual:	Física:	Deficiencia Visual:	Mental:	Auditiva:	Otra (especifique):
Por favor, indique qué persona contesta el cuestionario:	La persona con discapacidad por sus propios medios:		La persona con discapacidad con apoyo de un asistente:		Un informante (familiar, Asistente personal, tutor, etc.):	
Actividades para las que necesita apoyo en su vida diaria:	Comunicación:	Aprendizaje y razonamiento:	Movilidad:	Autocuidado:	Interacciones personales:	Ninguna:
Indique qué grado de Discapacidad tiene reconocido	25%:	50%:	75%:	100%:	No tiene reconocimiento Oficial:	

DECLARACION ESPECÍFICA, PERSONAL DE SALUD DEL ALUMNO

Enfermedad del sistema nervioso?	Si:	No:	Cual?				
Enfermedad del corazón?	Si:	No:	Cual?				
Enfermedad de la sangre?	Si:	No:	Cual?				
Enfermedad del sistema respiratorio?	Si:	No:	Cual?				
Enfermedad de oídos, nariz, boca u ojos?	Si:	No:	Cual?				
Problemas para estar expuesto al sol?	Si:	No:	Cual?				
Problemas para estar de pie por largo tiempo?	Si:	No:	Cual?				
Padece alguna alergia?	Si:	No:	Cual?				
Alguna otra enfermedad que padezca?	Si:	No:	Cual?				
Ya cuenta con la vacuna COVID:	Si:	No:	Cuántas dosis aplicadas (anexar cartilla):	1:	2:	3:	Anexo:

Firma de la persona Inscrita _____
(En caso de ser menor de edad, firma la persona responsable)