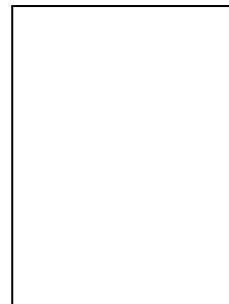




**CENTRO CULTURAL COMFAMILIAR ATLÁNTICO  
PROGRAMA - LEER CON RECIÉN NACIDOS**

**DATOS GENERALES**



NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS DE CONTACTO (Indicar a quién pertenece):

FIJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES:**

PADRE/ MADRE:

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

AFILIADO: (  ), NO AFILIADO: (  ) EMAIL: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

AFILIADO: (  ), NO AFILIADO: (  ) EMAIL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ACUDIENTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

**EL PROGRAMA VA DIRIGIDO A: (Marque con una x)**

MADRE GESTANTE: (  )

NIÑOS DE 0 a 1 año: (  )

NIÑOS DE 1 a 3 años: (  )

**Requisitos para elaborar la inscripción:**

- Diligenciar el formulario.
- 2 fotos del niño (a) para carné.
- Fotocopias de Cédula de los padres.
- Fotocopia del carné de afiliación a la Caja de Compensación.
- Fotocopia del registro civil.
- Cancelar el valor por semestre.

**Nota: Favor diligenciar el carné del programa en la Sala Infantil.**