



SOLICITUD PARA EL ALUMNO

(Favor de llenar con letra imprenta)

Av. La Fontana N°755
La Molina T 614.9700
www.raimondi.edu.pe

Datos del Alumno

Nombre:	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento:	_____	País de Nacimiento:	_____
	Dpto./Estado/Región:		
Provincia:	_____	Distrito:	_____
	DNI/Pasaporte:	_____	Nacionalidad(es): _____
Dirección Actual:	_____	Distrito:	_____
Teléfono Casa:	_____	Idiomas que habla:	_____

Nidos o Colegios Anteriores

Fecha		Grado(s)	Nombre del Colegio ó Nido Anterior
De	A		
Mes	Año	Mes	Año

Año de postulación: 2018 2019 2020

Datos de los Padres

Padre:	Vivo <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
Nombre y Apellidos:	_____	
País de Residencia:	_____	Ciudad: _____
Provincia:	_____	Distrito: _____
Dirección:	_____	RUC: _____
Teléfono Casa:	_____	Celular(es): _____
Profesión y Ocupación:	_____	Fecha de Nacimiento: _____
Empleador:	_____	Cargo: _____
Teléfono Oficina:	_____	Email: _____
		Es ExAlumno: _____

Madre:	Viva <input type="checkbox"/>	Fallecida <input type="checkbox"/>
Nombre y Apellidos:	_____	
País de Residencia:	_____	Ciudad: _____
Provincia:	_____	Distrito: _____
Dirección:	_____	RUC: _____
Teléfono Casa:	_____	Celular(es): _____
Profesión y Ocupación:	_____	Fecha de Nacimiento: _____
Empleador:	_____	Cargo: _____
Teléfono Oficina:	_____	Email: _____
		Es ExAlumno: _____



SOLICITUD PARA EL ALUMNO

(Favor de llenar con letra imprenta)

Av. La Fontana N°755
La Molina T 614.9700
www.raimondi.edu.pe

Emergencias

Nombre de un pariente o amigo: _____ Teléfono(s): _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono(s): _____

Queda entendido que en el caso de accidentes los alumnos serán llevado al centro médico más próximo. Si las circunstancias lo permiten preferiría que mi hijo fuera llevado a:

Sírvasse proporcionar cualquier información respecto a la salud de su hijo que pueda ser útil a nuestra enfermería:

Hermanos

Nombres y Apellidos	Colegio o Universidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo

Apoderado (En caso de que otra persona esté a cargo del Alumno)

Nombre: _____ DNI/Pass: _____
Apellido Paterno y Materno Nombre(s)

Pais de Residencia: _____ Dirección Actual: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ RUC: _____

Teléfono Casa: _____ Celular(es): _____ Profesión: _____

Nombre de la Empresa donde labora: _____ Cargo: _____

Teléfono(s) Oficina: _____ Email: _____

Es Exalumno: _____

Por medio de la presente, autorizo el tratamiento de mis datos personales*, por el motivo de esta solicitud, de acuerdo a la Normativa Peruana e Italiana.

Fecha de presentación de la solicitud: _____ Firma del padre o apoderado: _____

*Responsable de tratamiento de datos personales: Dirección Académica y Oficina de Conectividad.