

**BALLET PRO DANCE A.C.**

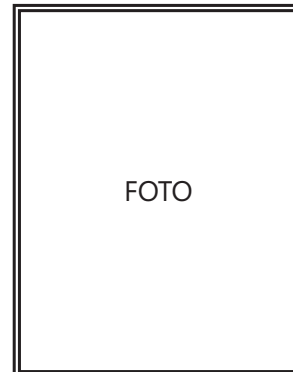
Calle Adrián | Local Comercial A | P.B.  
 Frente a la Plaza Carlos Azugaray  
 Los Millanes | Isla de Margarita | Estado Nueva Esparta  
 República Bolivariana de Venezuela

**FICHA DE INSCRIPCIÓN  
 AÑO ACADÉMICO 2017-2018**

Expediente N°
Fecha de Solicitud

**DATOS DEL (LA) ESTUDIANTE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Cédula de Identidad / Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estatura cm	Peso kg
	Urbanización		Calle / Carrera / Avenida		Edificio / Conjunto / Quinta		
N° Piso / Apartamento / Casa		Ciudad		Parroquia		Municipio	
Número de Teléfono Fijo		Número de Celular		Dirección Electrónica			
Grado a Cursar <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII				Especialidad <input type="checkbox"/> Danza Clásica <input type="checkbox"/> Danza Contemporánea <input type="checkbox"/> Danza Tradicional			
Alérgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique			Medicamento			
Condición Médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique			Medicamento			
¿Con quién convive?				Número de Teléfono Fijo		Número de Celular	
Institución donde cursa estudios regulares				Año/Grado en curso		Horario <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	
Otra actividad extra académica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Especifique		Horario			



**PARA USO DE LA ESCUELA**

Requisitos Consignados <input type="checkbox"/> Copia P/N o C.I. del Alumno(a) <input type="checkbox"/> Copia C.I. Representante <input type="checkbox"/> Fotos Carnet _____
Recibido
Fecha

**DATOS DEL REPRESENTANTE**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Cédula de Identidad / Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Parentesco		Número de Celular		Número de Teléfono Fijo		
	Otro Número de Teléfono		Dirección Electrónica				
Urbanización		Calle / Carrera / Avenida		Edificio / Conjunto / Quinta			
N° Piso / Apartamento / Casa		Ciudad		Parroquia		Municipio	
Trabaja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empresa donde trabaja			Actividad u Oficio		teléfono del Trabajo	

El representante del alumno(a) al firmar declara que conoce y está de acuerdo con el Reglamento Interno de **Ballet Pro Dance A.C.** y se compromete a acatar las decisiones de la Dirección con respecto a la asignación del Nivel y el Horario que cursará su representado(a) durante el año académico respectivo, así también todo lo que concierne a Espectáculos y/o Actividades Especiales que organice la Institución. Además se compromete a pagar la cantidad correspondiente a mensualidad dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes. Los meses JULIO y DICIEMBRE se pagan completo.

**OBSERVACIONES**


**FDI17**

Firma del estudiante	Firma del representante	Fecha
----------------------	-------------------------	-------