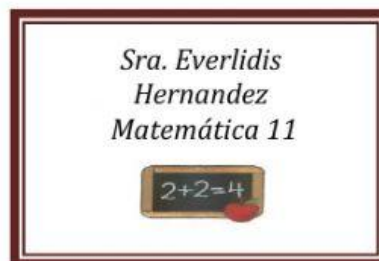


ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION
ESCUELA SUPERIOR VOCACIONAL MANUEL MÉNDEZ LICIAGA
SAN SEBASTIÁN, PUERTO RICO

Año Escolar



Nombre: _____ / _____ / _____ / _____

Nombre

Inicial

Apellido paterno

Apellido materno

Número de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Lugar de nacimiento: _____ Genero: _____ Edad: _____ Vacunado _____

Correo electrónico : _____ @ _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal _____

Nombre de madre: _____ Ocupación: _____

Teléfono: (____)-____-____ Correo Electrónico: _____ @ _____

Nombre de padre: _____ Ocupación: _____

Teléfono: (____)-____-____ Correo Electrónico: _____ @ _____

*¿Vive con ambos padres? Sí _____ No _____ ¿Pertenece a algún programa del DEPR? _____

*Si contestaste que **no** vives con ambos padres, entonces escribe el nombre de la persona con quién vives y el parentesco o relación: _____

Nombre de encargado que no sea padre o madre

Parentesco

Indica si tienes algún padecimiento de salud que requiera atención especial: _____