

FICHA DE POSTULACIÓN

Nombre completo del participante:

Número del documento de identidad:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Grado:

Nombre Institución Educativa:

Nombre del Padre/Madre o acudiente:

Documento de identidad del Padre/Madre o acudiente:

Fecha de nacimiento del Padre/Madre o acudiente:

Número telefónico:

Correo electrónico:

Dirección de residencia:

Municipio de residencia:

Sede Administrativa

📍 Avenida Circunvalar 3-01 Pereira Risaralda

☎ PBX: 313 5600 FAX: 313 5670

Clínica Comfamiliar ☎ PBX: 313 8700

✉ comfarda@comfamiliar.com 🌐 www.comfamiliar.com