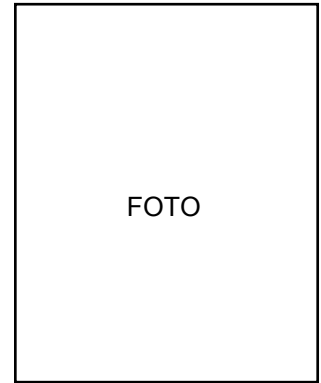




CENTRO VENEZOLANO DE CAPACITACIÓN GASTRONÓMICA

Calle Glorieta y Sta Cruz, Qta. Pesper. Urb. Chuao
58 (212) 9922297 / 4874 - Info@cvcg.com.ve



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Turno: _____ Inicio: _____

DATOS PERSONALES

Nombres: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ C.I.: _____ Nacionalidad: _____

Dirección: _____

email: _____

Teléfono habitación: _____ Celular: _____

Profesión: _____ Empresa: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia llamar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergico:

a) Mariscos Si _____ No _____ b) Aspirina Si _____ No _____ b) Penicilina Si _____ No _____

Otros: (especifique) _____

Consumo algún medicamento frecuentemente: Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Padece de alguna de las siguientes enfermedades?

Epilepsia Si _____ No _____ Diabetes Si _____ No _____ Hemofilia Si _____ No _____

Dislexia Si _____ No _____ Otras: (Indique cuales) _____

ESTUDIOS REALIZADOS

Especifique el nombre del plantel, instituto o universidad donde cursó cada uno de los siguientes niveles de educación.

Primaria: _____

Secundaria: (mención) _____

Superior Universitaria: _____

Otros: (Cursos) _____

Todos los datos suministrados en esta planilla son fidedignos y verificables en cualquier momento por las partes interesadas, en caso contrario la permanencia del alumno será sometida a consideración por el Consejo de Profesores conforme a lo estipulado en el Reglamento Interno de esta institución.

Firma del alumno