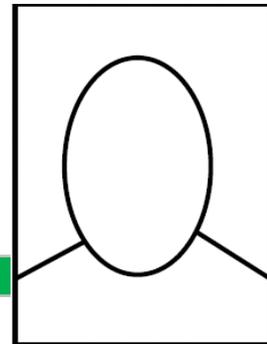




FUNDACIÓN ABRAZOS DE ANGELES



FECHA:

DATOS DEL NIÑO/@

Nombres y Apellidos:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono Res.:

Posee algún diagnostico (por favor especificar):

DATOS DEL TUTOR/@

Nombre completo:

Parentesco:

Profesión:

No. Cédula:

Lugar de Trabajo:

Teléfono Personal:

Casa:

Edad:

Sexo:

DATOS DEL PADRE

Nombre Completo:

Estado:

No. Cédula:

Reformatorio:

Dirección Familiar:

No. Teléfono Familiar:

DATOS DE LA MADRE

Nombre Completo:

Estado:

No. Cédula:

Restos:

Dirección Familiar:

No. Teléfono Familiar:

DATOS MEDICOS

Posee algún tipo de alergias:

- Alimenticia tipo de Medicamentos de contacto Respiratorias Picaduras

Por favor especificar:

OTROS DETALLES

AUTORIZA A PARTICIPAR EN NUESTRA PUBLICIDAD POR MEDIO DE FOTOGRAFÍAS EN REDES SOCIALES

Si NO

Notas:

EL MANTO DE LA ESPERANZA

fundacionabrazosdeangeles@gmail.com

Av. Rafael Tomas Fernández Domínguez No. 302-C tercer Nivel, Bloque 1, Residencial Delta Amarilis II, Santo Domingo Este, Rep. Dom.
Cell: 809.749.8281 / 809.905.3532 / RNC:1-430-308-252
www.fundacionabrazosangel.com