



DATOS DE LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR

C. I.	Nombre y Apellido	Nivel educativo*	Actividad	Cobertura médica

(*) Marque el Nivel Educativo de cada persona: 1-Primaria incompleta, 2-Primaria completa, 3-Secundaria incompleta, 4-Secundaria completa, 5-Estudios terciarios incompletos, 6-Estudios terciarios completos, 7-UTU incompleta, 8-UTU completa, 9-Otros estudios completos (especificar en la seccion "observaciones")

• ¿Algún hermano es o fue becario del Club Soriano?

C.I. __. __. __ - Nombre: _____ Año: _____

OBSERVACIONES: Agregar aquí si se encuentra bajo tratamiento de salud que requiera control continuo. La no declaración de lo antes expresado exime de toda responsabilidad al Club Soriano.

Otros datos que el interesado crea oportuno aclarar.
