

Registro de niños

Nombre			Domicilio		
	/				
Fecha de nac	imiento	Teléfono de cont	acto	Alergias	Sangre
	/				
Nombre			Domicilio		
Fecha de nac	imiento	Teléfono de cont	acto	Alergias	Sangre
/	/				
	Nombre			Domicilio	
Fecha de nac	imiento	Teléfono de cont	acto	Alergias	Sangre
Fecha de nac	imiento /	Teléfono de cont	acto	Alergias	Sangre
Fecha de nac	/	Teléfono de cont	acto	Alergias Domicil	
Fecha de nac	/		acto		
Fecha de nac	/ No				
	/ No	mbre		Domicil	io
Fecha de nac	/ No :imiento	mbre		Domicil	io Sangre
Fecha de nac	/ No :imiento	mbre Teléfono de cont		Domicil Alergias	io Sangre
Fecha de nac	/ No :imiento / No	mbre Teléfono de cont	acto	Domicil Alergias	io Sangre