



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL- EL
DORADO



INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 0272- "ANDRÉS REATEGUI REATEGUI"
CÓD. MODULAR INICIAL 1204668 - PRIMARIA 0303594

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

San José de Sisa, 19 de diciembre del 2023

OFICIO N° 136-D- I. E. I. N - 0272 –"A. R. R" S. J. S/2023.

SEÑORA : DOCTORA MARÍA CAROLINA PÉREZ TELLO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO.

ASUNTO : REMITE CAE NIVEL INICIAL – I.E. 0272 "ANDRÉS REATEGUI REATEGUI"

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarle a nombre de todos los estudiantes, padres, madres de familia y trabajadores de la I.E. N° 0272 "Andrés Reátegui Reátegui", de esta ciudad San José de Sisa.

Así mismo hago de su conocimiento que; adjunto al presente remito relación nominal de integrantes del comité de alimentación escolar (CAE) del Nivel Inicial periodo 2024, de esta institución educativa reateguista.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



.....
RODOLFO J. OBLITAS LÓPEZ
DIRECTOR

ANEXO N°1

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-001
Versión N°: 10		ACTA DE CONFORMACION/ACTUALIZACION Y COMPROMISO DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

En el centro poblado/sector/urbanización SAN JOSE DE SISA del distrito de SAN MARTÍN provincia EL DORADO y departamento de SAN MARTÍN.

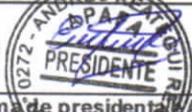
En el marco de la norma técnica para la cogestión del servicio alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW) y de acuerdo a los procedimientos generales para la operatividad del modelo de cogestión para la atención del servicio alimentario, siendo las 2:30 pm del día 29 del mes de NOVIEMBRE del año 2023, la IE/ PRONOEI 0272 - A.R.P. "IN-CIAL" con código modular N° 1204668, del nivel IN-CIAL, en la reunión de madres y padres de familia presidida por el/la director/a o quien haga de sus veces en la IE la/el Sra./Sr. ROSOLFO JESUS OBLITAS LÓPEZ con DNI 27419029 se inicia la presente sesión con los siguientes puntos de agenda:

1. Difusión de la estrategia de cogestión, las etapas de la prestación y vigilancia del servicio alimentario, así como **las responsabilidades, funciones e impedimentos** de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar (CAE).
2. Elección de las/los integrantes del CAE, y/o delegación de la presidencia de corresponder, de acuerdo con la normativa del PNAEQW.
3. **Compromiso público** de las/los integrantes de cumplir estrictamente las funciones y responsabilidades establecidas por el PNAEQW y la suscripción de la ficha de datos.

Se inicia la sesión dando a conocer el punto N°1 de la agenda, luego de lo cual se procede a la **elección de las/los integrantes del CAE**, los cuales pueden ser voluntarios/os o elegidos/os por voto. Una vez identificado a las/los representantes, se declara conformado el CAE de la siguiente forma:

Rol en el CAE	Nombres y apellidos (completos)	DNI N°	Cargo en la IE ¹
Presidenta/e	ROSOLFO JESUS OBLITAS LÓPEZ	27419029	DIRECTOR
Secretaria/o:	WILMAR FREITAS RENGIFO	01127547	ADMINISTRATIVO
La/el vocal:	MILENA YALTA COMECA	42806031	MADRE DE FAMILIA
La/el vocal:	MARIA DECCI NEIRA PEÑA	76612137	MADRE DE FAMILIA
La/el vocal:	ERLITH TUANAMA TUANAMA	45707885	MADRE DE FAMILIA

Con la finalidad de formalizar la conformación/actualización del CAE, se pasa a ejecutar el tercer punto de la agenda. Habiendo sido leída el acta por cada una/uno de las/los integrantes del CAE, suscritos y verificados los datos y firmas en los formatos correspondientes; siendo las horas del mismo día, firman el/la director/a de la IE y la/el presidenta/e de APAFA o representante de las madres y padres de familia, en representación de los presentes y en señal de conformidad.

 Firma y sello de directora, coordinador/a de PRONOEI o quien haga sus veces, de la IE ² Nombres y apellidos: <u>ROSOLFO J. OBLITAS LÓPEZ</u> DNI: <u>27419029</u>	 Firma de presidenta APAFA o representante de las madres y padres de familia ³ Nombres y apellidos: _____ DNI: _____
---	--

¹ Directora, subdirectora, coordinador/a de PRONOEI, promotor/a educativo, coordinador/a del núcleo educativo (ST), coordinador/a CRFA, coordinador/a SRE, docente, personal administrativo, madre o padre de familia, gestor/a comunitario (ST), personal de cocina, responsable de recepción, según el Cuadro N°2 del presente documento.

² El director/a o responsable de la IE o docente coordinador/a del PRONOEI debe consignar su firma y el sello de la IE.

³ Presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia debe consignar su firma y sello (solo si cuenta con sello). Para la actualización del CAE: cuando ÚNICAMENTE se actualiza el cargo de presidenta/e y este recae en el/la director/a o quien haga sus veces, no se requiere la firma del presidente de la APAFA o representante de las madres o padres de familia.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 29 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	<input checked="" type="checkbox"/>	Secretaría/o	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 1	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 2	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 3	<input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>RODOLFO JESÚS</u>	<u>EBLITAS</u>	<u>LÓPEZ</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>24</u> / <u>09</u> / <u>1971</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÍA MES AÑO			

<u>2</u> / <u>7</u> / <u>4</u> / <u>1</u> / <u>9</u> / <u>0</u> / <u>2</u> / <u>9</u>	<input type="checkbox"/>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>DIRECTOR</u>	<u>9 5 0 8 8 2 4 9 0</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

<u>RNAPOLEON942@HOTMAIL.COM</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>Jc. PEDRO VILLACORTA 304 SAN JOSE DE SISA</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 Firma y sello ⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>RODOLFO J. EBLITAS LÓPEZ</u> DNI: <u>27419029</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>RODOLFO J. EBLITAS LÓPEZ</u> DNI: <u>27419029</u>
---	---

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wámpis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Ikitu (21), Shiwali (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidenta/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1	

Fecha: 29 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	Secretaría/o	<input checked="" type="checkbox"/> La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
---------------	--------------	---	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>WILMAR</u>	<u>FREITAS</u>	<u>RENGIFO</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>05</u> / <u>08</u> / <u>1974</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>0</u> / <u>1</u> / <u>12</u> / <u>7</u> / <u>5</u> / <u>4</u> / <u>7</u>	<input type="checkbox"/>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

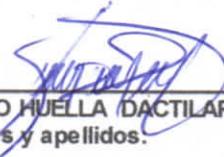
<u>ADMINISTRATIVO</u>	<u>957167808</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

<u>ELOISITO WFR @ GMAIL . COM</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>Jr. COMERCIO CUADRA 7 SAN JOSE DE SISA</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

	
Firma y sello ⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos:	FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos:
DNI: <u>27419029</u>	DNI: <u>61127577 Wilmar Freitas Rengifo</u>

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda: Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kalinke (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kulama kulamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 29 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	Secretaria/o	La/el Vocal 1	<input checked="" type="checkbox"/>	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
---------------	--------------	---------------	-------------------------------------	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>MILENA</u>	<u>YALTA</u>	<u>COMECA</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>07</u> / <u>01</u> / <u>1985</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÍA MES AÑO			

<u>4</u> <u>2</u> <u>8</u> <u>0</u> <u>6</u> <u>0</u> <u>3</u> <u>1</u>	<input type="checkbox"/>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<input type="checkbox"/>	<u>9</u> <u>5</u> <u>7</u> <u>0</u> <u>6</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>6</u> <u>8</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRONICO

<u>Jr. INDEPENDENCIA CUADRA 5 SAN JOSE DE SISA</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

	
Firma y sello ⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos:	FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Milena Yalta Comeca</u>
DNI: <u>27419029</u>	DNI: <u>42806031</u>

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aymara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wámpis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kalinte (19), Matsés (20), Ikitu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kulkama kulkamria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidenta/e del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 29/11/2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	Secretaría/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	<input checked="" type="checkbox"/>	La/el Vocal 3
---------------	--------------	---------------	---------------	-------------------------------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>MARIA DECCI</u>	<u>NEIRA</u>	<u>PEÑA</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>28</u> / <u>08</u> / <u>1994</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÍA MES AÑO			

<u>7</u> / <u>6</u> / <u>6</u> / <u>1</u> / <u>2</u> / <u>1</u> / <u>3</u> / <u>7</u>	<input type="checkbox"/>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<input type="checkbox"/>	<u>9</u> / <u>9</u> / <u>2</u> / <u>8</u> / <u>3</u> / <u>7</u> / <u>6</u> / <u>0</u> / <u>3</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRONICO

<u>Jc. INDEPENDENCIA CUADRA Y SAN JOSE DE SISA</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 <p>Firma y sello⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos: DNI: <u>2749029</u></p>	 <p>FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Neira Peña María Decci</u> DNI: <u>26612137</u></p>
---	--

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aymara (3), Harakbut (4), Awejún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandoci-chapra (18), Kalinte (19), Matsés (20), Iliú (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukama kulemiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-Itonibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 29 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	Secretaria/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
				<input checked="" type="checkbox"/>

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	

DATOS PERSONALES

<u>ERLITH</u>	<u>TUANAMA</u>	<u>TUANAMA</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>1904 / 1989</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÍA MES AÑO			

<u>4 5 7 0 7 8 8 5</u>	<input type="checkbox"/>
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>MAESTRO DE FAMILIA</u>	<u>9 1 8 2 9 2 3 8 7</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<input type="text"/>
CORREO ELECTRONICO

<u>CASERO SAN ISIDRO</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

	<u>ALIXON</u>
Firma y sello ⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos:	FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>ERLITH TUANAMA T.</u>
DNI: <u>2749029</u>	DNI: <u>45707885</u>

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wámpis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kalinte (19), Matsés (20), Ikitu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama lukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

