



**DIRECCION MUNICIPAL DE LA MUJER  
SOLICITUD PARA FORMAR PARTE DE LA RED DE MADRES DE NIÑOS  
DESNUTRIDOS EN FRAIJANES. (MANIDEF)**

No. \_\_\_\_\_ Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_

Nombre Completo de la Madre o encargada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección Exacta \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ No. Teléfono \_\_\_\_\_ No. DPI \_\_\_\_\_

Nombre exacto del niño/os por edades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grado de desnutrición \_\_\_\_\_

Certificado Médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación Prescrita \_\_\_\_\_

Centro Asistencial que lo trata \_\_\_\_\_

Documentos que debe presentar:

Fotocopia de DPI  Boleto de Ornato

Certificación de Nacimiento del niño

Firma \_\_\_\_\_ Firma DMM \_\_\_\_\_