



FOTO

PLANILLA DE SOLICITUD DE CUPO

AÑO ESCOLAR: _____

GRADO o AÑO A CURSAR: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

APELLIDOS DEL ALUMNO: _____

NOMBRES DEL ALUMNO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: _____

EDAD AL 30 DE SEPTIEMBRE

Años: _____

Meses: _____

DIRECCIÓN: _____

TELF: _____

COLEGIO DE PROCEDENCIA: _____

CEDULA DEL ALUMNO: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE: _____

ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDAD: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

EDAD: _____

RELIGIÓN: _____

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: _____

TELF: _____

CELULAR: _____

E-MAIL : _____

NIVEL DE ESTUDIO: _____

TÍTULO OBTENIDO: _____

EMPRESA EN DONDE TRABAJA: _____

CARGO: _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJO: _____

TELF: _____

¿PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN o CLUB? _____

¿CUÁL?: _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE: _____

ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDAD: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

EDAD: _____

RELIGIÓN: _____

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: _____

TELF: _____

CELULAR: _____

E-MAIL : _____

NIVEL DE ESTUDIO: _____

TÍTULO OBTENIDO: _____

EMPRESA EN DONDE TRABAJA: _____

CARGO: _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJO:

TELF:

¿PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN o CLUB?

¿CUÁL?:

REPRESENTANTE EN CASO DE NO SER LOS PADRES, U OTRA PERSONA A QUIEN UBICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE:

PARENTESCO:

CEDULA DE IDENTIDAD:

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:

TELF:

CELULAR:

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

CONDICIÓN FÍSICA:

TALLA (ESTATURA):

PESO:

ALERGIAS:

USA LENTES:

USA CORRECTORES AUDITIVOS:

USA CORRECTORES ORTOPÉDICOS:

USA APARATOS DENTALES:

AFECCIONES RESPIRATORIAS:

ENFERMEDADES:

MEDICAMENTOS:

MEDICO TRATANTE:

DESARROLLO EVOLUTIVO:

EMBARAZO Y PARTO:

DEPORTE QUE PRACTICA:

ACTIVIDADES QUE REALIZA:

OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES:

HISTORIA ACADÉMICA:

EDAD DE INICIACIÓN ESCOLAR:

PLANTEL:

PLANTELES A LOS QUE HA ASISTIDO:

ESCUELA DE PROCEDENCIA:

MOTIVO POR EL CUAL DESEA EL CAMBIO DE PLANTEL:

¿QUÉ FAMILIAS CONOCE USTED EN EL COLEGIO?:

¿QUIÉN LO REFIERE AL COLEGIO?:

¿TIENE FAMILIARES EN ALGUNA DE NUESTRAS SEDES?

PARENTESCO:

NOMBRE DEL ALUMNO :

CURSANTE DEL:

CONOCIMIENTOS DE INGLÉS DEL ALUMNO:

NINGUNO:

REGULAR:

BUENO:

EXCELENTE:

¿TIENE ALGUNO DE LOS PADRES CONOCIMIENTOS DEL IDIOMA INGLÉS?:

¿SE HABLA INGLÉS EN EL HOGAR?:

ALGUNA OBSERVACIÓN QUE CONSIDERE IMPORTANTE:

HOGAR:

¿EL NIÑO VIVE CON SUS PADRES?

SI:

NO:

¿CON QUIÉN?:

OTROS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR QUE CONVIVAN CON EL NIÑO (hermanos, abuelos, etc.):

FIRMA DE LA MADRE: _____

FIRMA DEL PADRE: _____



FECHA: _____



PARA LA DIRECCIÓN DEL COLEGIO

NOMBRE DEL ALUMNO _____ **GRADO/AÑO:** _____

☒ FECHA DE LA VISITA DE LOS PADRES: _____

ATENDIDOS POR: _____

☒ OBSERVACIONES DE LA VISITA: _____

AUTORIZADO A INSCRIBIR: _____ FECHA: _____