



COLEGIO LA PAZ

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha _____

FAVOR DE NO DEJAR NINGÚN ESPACIO EN BLANCO

DATOS GENERALES.

Nombre del **alumno** _____ Sexo _____

Ciclo escolar _____ **Grado** al que desea ingresar _____

Edad a septiembre de 2020: _____ años _____ meses
Fecha de nacimiento _____

Domicilio: Calle _____ No. _____ Colonia _____

Delegación _____ C.P. _____

Teléfono de casa _____ Religión: _____

Nombre del **padre** _____ Edad: _____

Religión _____ Preparación académica _____

Ocupación _____ Centro de trabajo _____
(especifique) (especifique)

Horario de trabajo _____ Teléfono del trabajo _____ ext. _____

Celular _____ Email _____

Nombre de la **madre** _____ Edad: _____

Religión _____ Preparación académica _____

Ocupación _____ Centro de trabajo _____
(especifique) (especifique)

Horario de trabajo _____ Teléfono del trabajo _____ ext. _____

Celular _____ Email _____

¿Con quién vive el niño (a)? _____

¿Están los padres separados o divorciados? _____ En caso de una respuesta afirmativa, ¿quién tiene la custodia? _____

Si no vive con sus padres, favor de anotar los datos de la persona con quien vive:

Nombre _____ Edad : _____

Parentesco _____ Preparación académica _____

Ocupación _____ Centro de trabajo _____
(especifique) (especifique)

Horario de trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Número de hermanos _____ Lugar que ocupa entre ellos _____

Miembros de la familia que viven en la casa:

| HIJOS | EDAD | ESCUELA A LA QUE ASISTEN |
|-------|------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Otros parientes que vivan en la casa:

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO |
|--------|------|------------|
| | | |
| | | |

Otras personas **SIN** relación familiar que vivan en la casa:

DATOS DE SALUD.

Tipo de sangre: _____ Servicio médico: IMSS ISSSTE PARTICULAR

¿Cómo definiría la salud de su hijo(a) en general? _____

¿Padece alguna enfermedad crónica? _____

¿Toma algún medicamento? _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____ ¿Cuál? _____

¿Se ha detectado algún problema físico? oído _____ vista _____ lenguaje _____

control muscular _____ coordinación _____

otro _____ Especifique: _____

En caso de fiebre puede administrársele:

Tempa Aspirina Neomelubrina Otro: _____

¿Ha estado o se encuentra actualmente en alguna terapia y/o apoyo psicopedagógico?
(favor de ser muy específico)

ANTECEDENTES ESCOLARES.

¿Ha asistido el niño(a) a otras escuelas? _____

Favor de anotar los últimos 4 años de escolaridad:

| GRADO | ESCUELA DONDE LO CURSÓ | PROMEDIO |
|-------|------------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Explique el motivo de cambio de escuela _____

¿Cómo se enteró del Colegio La Paz? _____

(En caso de ser a través de una persona, por favor anote su nombre completo.)

¿Por qué se interesan en esta escuela? _____

¿Cómo entiende su compromiso como padre de familia dentro de la comunidad educativa?

DATOS PARA EMERGENCIAS

Personas a las que se les puede llamar en caso de no encontrar a los padres:

Nombre _____

Relación con el alumno: _____ Teléfono _____

Nombre _____

Relación con el alumno: _____ Teléfono _____

Nombre de su pediatra _____

Tels.: _____ Celular: _____

- **Damos autorización para que en caso de emergencia, si no se nos localiza a nosotros o a las personas arriba autorizadas, el Colegio proceda según convenga para que el (la) niño(a) sea atendido(a).**
- **En caso de que exista algún cambio durante el transcurso del ciclo en los datos arriba proporcionados, nos comprometemos a dar aviso de inmediato a la dirección correspondiente.**

Firma del padre

Firma de la madre

Recibí contrato de prestación de servicios para el ciclo escolar 2020-2021.

Nombre del padre de familia _____

Firma de recibido _____ Fecha _____

.. .. .

Este espacio debe ser llenado por el personal del Colegio:

**DOCUMENTOS QUE DEBEN SER ANEXADOS A ESTA SOLICITUD
PARA TENER DERECHO A EVALUACIÓN DE ADMISIÓN**

| DOCUMENTO | ORIGINAL | COPIA |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Acta de nacimiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Carta de buena conducta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Boleta de calificaciones de _____ (grado que cursa actualmente y el pasado).... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cartilla de vacunación (Pre-escolar).... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| CURP | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Certificado de _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Boleta credencial (CCH) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Carta de no adeudo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otros: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

RECIBÍ _____
CAJA FECHA

RECIBÍ _____
SECCIÓN FECHA

.. .. .

En caso de devolución de documentos:

Recibí documentación: Firma del padre de familia _____ Fecha _____