

ESCUELA BILINGÜE MAQUILISHUAT



SOLICITUD DE ADMISION

La información que nos proporcione sobre su hijo(a), en este espacio será manejado con estricta confidencialidad y servirá para determinar estrategias y planes de acción para garantizar un apoyo certero al alumno(a), u optimizar su adaptación a nuestra institución.

(En la medida que se complete el formulario con información verídica, completa y detallada, será mayor la efectividad el plan de acción a establecer)

DATOS GENERALES

Nombre

Apellidos

Correo Electrónico

Genero

FEMENINO

MASCULINO

Fecha de Nacimiento

Teléfono Celular

Teléfono de casa

NIE

DATOS PERSONALES

Dirección de casa

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad

Religión

No. de Hermanos

Colegio del que viene

No. De Partida

No. De Folio

No. De Libro

¿Vive con sus padres?

SI

NO

DATOS DEL GRADO

Grado

Sección

Jornada

Plan: ANUAL, TRIMESTRAL, MENSUAL

¿Tiene hermanos en la Escuela?

SI

¿En qué grados?

NO

DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Partida de Nacimiento Original

2 Certificado de Grado anterior

3 Constancia de buena Conducta

4 Solvencia de Pagos

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA CUENTA

Responsable de la cuenta

Nombre completo

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Lugar de Nacimiento

Estado Civil

Religión

Nit

Dui o No. De Pasaporte

Documento extendido en

Teléfono de casa

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Dirección de domicilio

Profesión

Empresa en la que trabaja

Teléfono de oficina

Cargo que ocupa

Dirección de trabajo

Forma de salida del Alumno

FICHA MEDICA

Enfermedades o alergias

Detalle de enfermedades y/o alergias

Enfermedades padecidas

Medicamentos autorizados para administrar al niño(a)

	SI	NO
¿Es alérgico a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es alérgico a algún alimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene todas las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estatura

Peso

Talla

Teléfono de Emergencia

Médico de la Familia

Teléfono del Medico

Nombre del Pediatra

Hospital Autorizado

Teléfono del Hospital

Dirección del Hospital

¿Tiene Seguro?

SI

NO

Tipo de Sangre

¿Desinfección y curación de raperones y heridas?

SI

NO

¿Prestar primeros auxilios hasta ser atendido por un médico?

SI

NO

¿Administración de analgésicos simples, para dolores casuales?

SI

NO

¿Administración de antibióticos?

SI

NO

¿Masaje con ungüento?

SI

NO

Atención preventiva con los siguientes medicamentos

Cirugías anteriores

DATOS DEL PADRE

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Lugar de Nacimiento

Estado civil

Religión

NIT

DUI o Pasaporte

Documento extendido en

Teléfono de casa

Teléfono celular

Correo electrónico

Dirección del domicilio

Profesión

Empresa en la que trabaja

Teléfono de oficina

cargo que ocupa

Dirección del trabajo

DATOS DE LA MADRE

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Lugar de Nacimiento

Estado civil

Religión

NIT

DUI o Pasaporte

Documento extendido en

Teléfono de casa

Teléfono celular

Correo electrónico

Dirección del domicilio

Profesión

Empresa en la que trabaja

Teléfono de oficina

cargo que ocupa

Dirección del trabajo

Por este medio autorizo a ESCUELA BILINGÜE MAQUILISHUAT a desplegar fotografías que incluyan imágenes de mi hijo(a) para publicidad o información con fines académicos en las redes sociales de la institución.

SI NO