

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL GRADO \_\_\_\_\_**

CURSO: Inicial  Primaria  Secundaria  Fecha: \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_

Por favor, complete **Todos los datos** que se le piden a continuación en este formulario con letra de molde. Gracias.

**DEL ESTUDIANTE:**

**Matrícula:**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Indique con quien vive el estudiante:

Sus padres  su madre  su padre  sus abuelos  sus tíos  otra persona

Si el estudiante no vive con SUS PADRES, indique la razón:

Divorcio  Sus padres viven el extranjero  Uno de sus padres vive en el extranjero  Otra

Explique \_\_\_\_\_

Escriba los nombres de las personas autorizadas a recoger su(s) hijo(s) en el Centro \_\_\_\_\_

**DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

Indique las vacunas que le han administrado al estudiante: \_\_\_\_\_

Polio  tétanos  Varicela  Paperas, sarampión, rubeola  Tuberculosis  Hepatitis

Nombre las enfermedades que ha sufrido: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre \_\_\_\_\_

¿Cuáles persisten? \_\_\_\_\_

¿Qué alergias sufre el estudiante? \_\_\_\_\_

¿Qué cuidados o atenciones especiales necesita? \_\_\_\_\_

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Seguro médico \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_

En caso de emergencia (accidentes, terremotos, tormentas, etc...)

¿A quién llamamos? \_\_\_\_\_ Tel. A llamar en una emergencia \_\_\_\_\_

**DE LA MADRE**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa en la empresa \_\_\_\_\_ Tel. empresa \_\_\_\_\_

**DEL PADRE**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa en la empresa \_\_\_\_\_ Tel. empresa \_\_\_\_\_

**EN CASO DE QUE EL ESTUDIANTE NO VIVA CON SUS PADRES**

Parentesco de la persona con que vive el estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa en la empresa \_\_\_\_\_ Tel. empresa \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PARA USO INTERNO SOLAMENTE**

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentación entregada:

- |                       |                          |                                |                          |                   |                          |                        |                          |                            |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Acta de nacimiento    | <input type="checkbox"/> | Carta de buena conducta        | <input type="checkbox"/> | Notas             | <input type="checkbox"/> | Fotos                  | <input type="checkbox"/> | Certificado de Escolaridad | <input type="checkbox"/> |
| Certificado médico    | <input type="checkbox"/> | Evaluación Psicológica         | <input type="checkbox"/> | Certificado de 8º | <input type="checkbox"/> | Certificación de pagos | <input type="checkbox"/> |                            |                          |
| Tarjeta de vacunación | <input type="checkbox"/> | Copia de cédulas de los padres | <input type="checkbox"/> |                   |                          |                        |                          |                            |                          |

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO**

Nombre de la última escuela: \_\_\_\_\_

Director/a: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Otras Escuelas donde estuvo el estudiante: \_\_\_\_\_

¿Por qué eligieron ahora el Centro Cristiano de Enseñanza? \_\_\_\_\_

FIN \_\_\_\_\_