



Recibo N°	
Postulante N°	

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ADMISIÓN 2023

1.- DATOS DEL POSTULANTE

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____

DNI: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

EDAD: ____ años ____ meses

Nivel al que postula: INICIAL PRIMARIA SECUNDARIA

Grado: _____

2.- DATOS DE LOS PADRES. Completar con letra legible.

DATOS	PADRE			MADRE		
Apellido Paterno						
Apellido Materno						
Nombres						
DNI						
Grado de Instrucción	Secundaria <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>
Ocupación						
Teléfono fijo y celular	/			/		
Correo electrónico						

3.- CONDICIÓN ACTUAL DE LOS PADRES. Marcar con una "X" según corresponda.

1.	Casados por la iglesia	SI	NO
2.	Casados por civil	SI	NO
3.	Convivientes	SI	NO
4.	Viudo(a) *	SI	NO
5.	Soltero (a) *	SI	NO
6.	Divorciados *	SI	NO
*	Familiar con el que vive		
*	Persona responsable de pago de pensiones		
*	Persona responsable del estudiante		

4.- RAZONES POR LAS CUÁLES DESEA QUE SU MENOR HIJO(A) POSTULE A ESTE CENTRO EDUCATIVO:

5.- RECOMENDADO POR: _____

6.- HISTORIA ESCOLAR (en los 2 últimos años). Explique.

Nivel y Grado	Año	Rendimiento Académico	Conducta	Relación con profesores y compañeros	Adaptación al colegio
					Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Con dificultades <input type="checkbox"/>
					Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Con dificultades <input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultades en su aprendizaje? Explique brevemente:					
¿Repitió de año alguna vez? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué?					
¿Asistió a curso de Recuperación Académica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿De qué asignatura?					
¿Cuál es su actitud frente al estudio? Explique					
¿Es repitente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

6.- ANTECEDENTES DE SALUD:

- Enfermedades: _____
- Accidentes graves: _____
- Temores frecuentes: _____
- Limitaciones físicas o sensoriales: _____

- Alergias: _____
- Hospitalización (motivo): _____
- ¿Ha sido evaluado por un psicólogo, nutricionista, neurólogo u otra especialidad médica?
Explique las causas de dicha evaluación:

7.- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS:

Marque el tipo de tratamiento recibido por su hijo (a) con una X:

Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Psicológico	<input type="checkbox"/>	Neurológico	<input type="checkbox"/>
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Motriz	<input type="checkbox"/>
Otros: _____					

- Explique cuál fue el diagnóstico: _____

- Especifique cuándo comenzó el tratamiento: _____
- ¿Cuánto tiempo duró? _____
- Actualmente, ¿recibe algún tratamiento? SI NO
- ¿De qué tipo? _____

ADJUNTAR EN ARCHIVO EL INFORME DEL TERAPISTA, PSICÓLOGO O MÉDICO TRATANTE.

- 8.- ¿ES HIJO(A) DE EXALUMNO(A)? SI NO ¿EN QUE AÑO QUE TERMINÓ? _____
- ¿EL ALUMNO(A) TIENE HERMANOS EN ESTE COLEGIO? SI NO
- ¿CUÁNTOS? _____ ¿EN QUÉ GRADO? _____

Este documento tiene validez de Declaración Jurada, cualquier dato que no se ajuste a la verdad será causal de desaprobación de su solicitud.

Firma del padre

D.N.I. _____

Firma de la madre

D.N.I. _____

COMPROMISO CON LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La educación debe ser compartida en el hogar y el colegio.

Si su menor hijo(a) es aceptado(a), ustedes se comprometen a **FIRMAR Y CUMPLIR** el compromiso con el colegio, relacionado con la formación académica, conductual cristiana (charlas, jornadas, encuentros, reuniones, etc.)

SI NO

La presente tiene carácter de Declaración Jurada, cualquier dato que no se ajuste a la verdad será causal de desaprobarción de su solicitud.

SANTIAGO DE SURCO, ____ de _____ del 20__

FIRMA DEL PADRE

D.N.I. _____

FIRMA DE LA MADRE

D.N.I. _____

FIRMA DEL APODERADO

D.N.I. _____