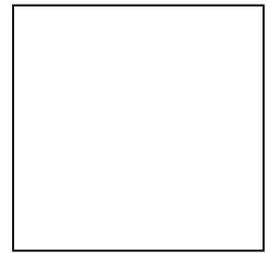




SOLICITUD DE POSTULACIÓN

Postulante N°



Foto

1.- DATOS DEL POSTULANTE

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____

DNI: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

EDAD: ____ años ____ meses

Nivel al que postula: PRIMARIA SECUNDARIA

Grado: _____

Indique si requiere vacante regular de inclusión

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					
Deporte(s)/ hobbies:					

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.- 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/ Psicomotriz	<input type="checkbox"/>
Otros: _____					

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

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? _____

Declaro que la información registrada en el presente documento es real y verdadera, no omitiendo datos relevantes.

La omisión u ocultamiento de información importante puede limitar continuar con la postulación o matrícula incluso después de formalizada.

Firma del padre

D.N.I. _____

Firma de la madre

D.N.I. _____