



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
CICLO ESCOLAR 20 - 20
CONFIDENCIAL**

Fecha: _____

DATOS DEL ASPIRANTE

Apellido paterno, materno, nombre(s) Sexo M F Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Nacionalidad Grado al que ingresará Sección Maternal Preescolar
 Primaria Secundaria Preparatoria

Domicilio: calle, número, colonia, delegación, código postal

Teléfono de casa: Teléfono celular:

DATOS DEL PADRE

Apellido paterno, materno, nombre(s) Nacionalidad

Ocupación Lugar de trabajo/Nombre de la empresa

Cargo o puesto Teléfono de oficina: _____

Correo electrónico Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Ingreso mensual bruto en pesos: () menor a 30,000.00 () entre 30,000.00 y 50,000.00 () entre 50,000.00 y 100,000.00 () mayor a 100,000.00

DATOS DE LA MADRE

Apellido paterno, materno, nombre(s) Nacionalidad

Ocupación Lugar de trabajo/Nombre de la empresa

Cargo o puesto Teléfono de oficina: _____

Correo electrónico Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Ingreso mensual bruto en pesos: () menor a 30,000.00 () entre 30,000.00 y 50,000.00 () entre 50,000.00 y 100,000.00 () mayor a 100,000.00

DATOS FAMILIARES

Estado civil de los padres

¿Con quién vive el aspirante?

Si los padres trabajan, ¿quién cuida al aspirante?

Además de los padres, ¿qué personas conviven con el aspirante?

Nombre de los hermanos/hermanas	Edad	Colegio

DATOS ACADÉMICOS DE LA FAMILIA

	Nombre de la escuela y grado obtenido del Padre				Nombre de la escuela y grado obtenido de la Madre			
Educación básica								
Bachillerato								
Universidad								
Posgrado								
Idiomas	Inglés	Francés	Alemán	Otros/	Inglés	Francés	Alemán	Otros/
Porcentaje								

INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ASPIRANTE

¿A qué edad ingresó al primer colegio?

¿Cómo fue su adaptación?

¿Ha asistido a diferentes escuelas?

¿Cuál fue el motivo del cambio de escuela?

SÍ NO

¿Ha recurrido o estudiado en forma abierta algún grado? ¿Cuál y por qué?

Grado que cursa actualmente

Escuela en la que estudia actualmente

SALUD

¿Le han realizado alguna valoración?

Psicopedagógica Lenguaje Motriz Emocional Neurológica

Lateralidad

Diestro Zurdo

¿Ha asistido a algún tipo de terapia?

¿Cuál fue el motivo?

SÍ NO

¿Qué tipo de terapia?

¿Desde cuándo?

¿Cuándo fue dado de alta?

¿Usa lentes o requieren de algún tratamiento especial?

¿Padece alguna clase de alergia? SÍ NO ¿Cuál?

¿Toma algún medicamento de forma permanente?

SÍ NO ¿Cuál? _____

Tipo de sangre: _____

Peso: _____ Estatura: _____

Desea agregar algún comentario

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DEL COLEGIO?

Internet: Google Facebook Otro _____

Medios impresos: Revistas Periódicos Otro _____

Ferias educativas ¿Cuál?

Recomendación:

Nombre y firma del padre, madre o tutor del aspirante

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO
Lo atendió: _____

Fecha de examen de admisión: _____

Fecha de entrega de resultados: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO
Seguimiento: _____

¿Quién entrega a caja para la inscripción?:

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

USO EXCLUSIVO DE CAJA

MATRÍCULA: _____

No. de Familia: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO
Hermanos en el Colegio: _____



**COLEGIO
COLUMBIA**
EDUCACIÓN ◀ HONOR ◀ JUSTICIA