



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR 20 - 20

CONFIDENCIAL

Fecha:

/ /

Folio:

DATOS DEL ASPIRANTE:

Grado al que ingresará: Sección:

Maternal Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria

Apellido paterno, materno, nombre(s):

Nacionalidad:

Años cumplidos: Fecha de nacimiento: CURP:

/ /

Sexo:

M F

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

Teléfono de casa:

Teléfono celular:

DATOS DEL PADRE:

Apellido paterno, materno, nombre(s):

Nacionalidad:

Edad: CURP:

Ocupación:

Cargo o puesto:

Lugar de trabajo/Nombre de la empresa:

Correo electrónico:

Teléfono celular:

Teléfono de casa:

Teléfono de oficina:

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:

Edad: CURP:

Ocupación:

Cargo o puesto:

Lugar de trabajo/Nombre de la empresa:

Correo electrónico:

Teléfono celular:

Teléfono de casa:

Teléfono de oficina:

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

INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ASPIRANTE:

¿A qué edad ingresó al primer colegio?

¿Cómo fue su adaptación?

¿Ha asistido a diferentes escuelas? SI NO ¿Cuál fue el motivo del cambio de escuela?

¿Ha recursado o estudiado en forma abierta algún grado? SI NO ¿Cuál?

Grado que cursa actualmente:

Escuela en la que estudia actualmente:

INFORMACIÓN DE SALUD DEL ASPIRANTE:

¿Le han realizado alguna valoración? SI NO

Psicopedagógica Lenguaje Motriz Emocional Neurológica

¿Ha asistido a algún tipo de terapia? SI NO

¿Cuál fue el motivo?

¿Qué tipo de terapia?

¿Desde cuándo?

¿Cuándo fue dado de alta?

¿Usa lentes? SI NO Lateralidad: Diestro Zurdo

¿Requiere de algún tratamiento especial SI NO

¿Cuál?

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

¿Toma algún medicamento de forma permanente? SI NO

¿Cuál?

Tipo de sangre:

Peso:

Estatura:

¿Desea agregar algún comentario?

DATOS ACADÉMICOS DE LOS PADRES:

PADRE: nombre de la escuela y grado obtenido

MADRE: nombre de la escuela y grado obtenido

Educación básica

Bachillerato

Universidad

Posgrado

Idiomas

Inglés / Francés / Alemán / Otros:

Inglés / Francés / Alemán / Otros:

Porcentaje

DATOS FAMILIARES:

Estado civil de los padres ¿Con quién vive el aspirante?

Los padres del aspirante,
¿viven juntos? SI NO

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

¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DEL COLEGIO?

Google Facebook Periódicos Revistas Otro

Ferías educativas: ¿Cuál?

Recomendación:

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

NOMBRE DE ALGÚN FAMILIAR

Nombre: Parentesco:

Teléfono celular: Teléfono/Otro medio:

Nombre: Parentesco:

Teléfono celular: Teléfono/Otro medio:

Nombre y firma del padre, madre o tutor del aspirante

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

Para uso exclusivo del Colegio Observaciones: *Para uso exclusivo del Colegio*

Firma y nombre del responsable



**COLEGIO
COLUMBIA**
EDUCACIÓN ◀ HONOR ◀ JUSTICIA

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

Para uso exclusivo del Colegio

Lo atendió:

Fecha de examen de admisión:

Fecha de entrega de resultados:

Seguimiento:

¿Quién entrega a caja para la inscripción?

USO EXCLUSIVO DE CAJA

Para uso exclusivo del Colegio

MATRÍCULA:

No. de Familia:

Hermanos en el Colegio:

Convenio:

Institución:

Aplica algún % de descuento:

Para uso exclusivo del Colegio

Firma de autorizado

Para uso exclusivo del Colegio