

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y RE-INSCRIPCIÓN

DEPARTAMENTO DE SECUNDARIA

GRADO AL QUE INGRESA: 1°, 2°, 3°

☆ **NOMBRE DEL ALUMNO(A):** _____
☆ **EDAD:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
☆ **DOMICILIO PARTICULAR:** _____
☆ **TELÉFONO:** _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

¿DÓNDE TRABAJA? _____ **TELÉFONO DEL TRABAJO:** _____

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

¿DÓNDE TRABAJA? _____ **TELÉFONO DEL TRABAJO:** _____

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: _____ EN CASO DE ESTAR DIVORCIADOS, ¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA DEL ALUMNO(A)?: _____

DATOS DE OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO(A).

1. **NOMBRE:** _____
DIRECCIÓN: _____ **TELÉFONO:** _____
RELACIÓN O PARENTESCO CON EL ALUMNO(A): _____

2. **NOMBRE:** _____
DIRECCIÓN: _____ **TELÉFONO:** _____
RELACIÓN O PARENTESCO CON EL ALUMNO(A): _____

*BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL ALUMNO(A) SERÁ ENTREGADO A OTRA PERSONA QUE NO SE HA MENCIONADO ARRIBA, SIN LA AUTORIZACIÓN PREVIA Y POR ESCRITO DE LOS PADRES.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE EMERGENCIA:

¿A QUIÉN DEBEMOS AVISAR EN EL CASO DE QUE NO SE LOCALICE A LOS PADRES DEL ALUMNO(A)?

1. **NOMBRE:** _____
DIRECCIÓN: _____ **TELÉFONO:** _____
PARENTESCO: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA, ESTO ES LO QUE QUIERO QUE HAGAN:

NOMBRE DEL MEDICO DEL ALUMNO(A): _____
DIRECCIÓN: _____ **TELÉFONO:** _____

EL ALUMNO(A) ES ALÉRGICO(A) A:

1. MEDICAMENTO: _____ 2. ALIMENTO: _____
3. PIQUETE DE INSECTO: _____ 3. OTROS: _____

¿QUÉ MEDICINAS TOMA REGULARMENTE EL ALUMNO(A)?

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O RECURRENTE?:

¿CONOCE SU TIPO DE SANGRE? ¿CUÁL ES? _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE LENGUAJE?:

HISTORIA ESCOLAR:

¿HA ASISTIDO ANTERIORMENTE A ALGUNA ESCUELA, ¿A CUÁL? ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO? ¿CÓMO ERA SU RENDIMIENTOACADÉMICO? **POR FAVOR SEA HONESTO.**

HISTORIA PERSONAL DEL ALUMNO(A):

¿CUÁLES SON LOS NOMBRES Y EDADES DE SUS HERMANOS(AS)?

¿CUÁLES SON SUS PASATIEMPOS FAVORITOS?:

¿TIENE ALGUN HÁBITO COMO MORDERSE LAS UÑAS?:

¿TIENE TEMOR A ALGO (PERROS, TRUENOS, ETC.)?

¿TIENE PESADILLAS FRECUENTEMENTE?:

DISCIPLINA:

¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS DE DISCIPLINA QUE UTILIZA CON SU HIJO(A)?: **POR FAVOR SEA HONESTO.**

¿TIENE USTED ALGÚN PROBLEMA DE DISCIPLINA CON SU HIJO(A) EN CASA? **POR FAVOR SEA HONESTO.**

EN CASO DE HABER ASISTIDO A OTRA ESCUELA, ¿PRESENTÓ ALGUNA VEZ SU HIJO(A) ALGUN PROBLEMA DE DISCIPLINA? ¿ALGUNAVEZ LO MANDARON LLAMAR DEL COLEGIO O LE ENVIAZON ALGÚN REPORTE? ¿QUÉ FUE LO QUE SU HIJO(A) HIZO? **POR FAVOR SEA HONESTO.**

DESCRIBA EL CARÁCTER Y TEMPERAMENTO DE SU HIJO(A). **POR FAVOR SEA HONESTO.**

EN CASO DE QUE DETECTEMOS QUE SU HIJO(A) PRESENTA ALGÚN PROBLEMA DE: VISTA, MOTRIZ, DE LENGUAJE, DE APRENDIZAJE, EMOCIONAL O DE CONDUCTA, ¿DESEA QUE SE LO COMUNIQUEMOS PARA QUE UD. PUEDA BRINDARLE EL TRATAMIENTO NECESARIO DE MANERA OPORTUNA?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ?

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____

FECHA: _____