



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA No. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

### I.- DATOS DEL ALUMNO(A).

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO

EDAD AL 31 AGO.: \_\_\_\_\_ GRADO QUE CURSARÁ: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
AÑO – MESES

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CALLE NÚMERO COLONIA

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO CASA \_\_\_\_\_

### II.- DATOS FAMILIARES.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

EN CASO DE TUTOR (PARENTESCO): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CEL.: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_ GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CEL.: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_ GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

**HERMANOS**

**NOMBRE**

**EDAD**

**ESCUELA**

**GRADO**

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_

**DATOS DE UN FAMILIAR O PERSONA DE CONFIANZA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN**

\_\_\_\_\_  
**TELÉFONO**

**III.- DATOS DEL MÉDICO.**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN**

\_\_\_\_\_  
**TELÉFONO**

**IV.- PERSONAS QUE RECOMIENDAN A ESTE COLEGIO.**

**FAMILIARES O AMISTADES**

**TELÉFONO**

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_

**V.- COLEGIO DE PROCEDENCIA**

**CICLO ESCOLAR**

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_

**RAZONES POR LAS QUE LE GUSTARÍA QUE SU HIJO INGRESARA A ESTA INSTITUCIÓN:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA MADRE**

**NOTA: LA SOLICITUD ENTREGADA SIN FOTOGRAFÍA, O CON DATOS O DOCUMENTOS INCOMPLETOS, NO SERÁ CONSIDERADA. EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD INICIARÁ A PARTIR DE LA FECHA QUE SEA RECIBIDA POR NOSOTROS.**

# HISTORIAL MÉDICO

## DATOS GENERALES.

\_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO

\_\_\_\_\_  
APELLIDO MATERNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA ADEMÁS DE LOS PADRES Y HERMANOS: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO.

PADECIMIENTOS ANTERIORES: ASMA, RUBEOLA, HEPATITIS, ETC.

¿INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA DEFICIENCIA EN LA VISTA? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA DEFICIENCIA EN EL OÍDO? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUNA DEFICIENCIA EN EL HABLA? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUN DEFECTO FÍSICO? \_\_\_\_\_

¿HA SUFRIDO LESIONES GRAVES POR ACCIDENTES? \_\_\_\_\_

¿HA SIDO OPERADO? \_\_\_\_\_

SI ALGUNA RESPUESTA DE LAS SEIS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, ESPECIFIQUE EL TIPO DE PADECIMIENTO Y EN SU CASO LAS CAUSAS Y FECHAS CORRESPONDIENTES:

¿HA PADECIDO O PADECE ALGUN TRATAMIENTO MÉDICO COMO CONSECUENCIA DE ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES?

**¿HA PERMANECIDO EL ALUMNO EN TRATAMIENTO MÉDICO CONTÍNUO POR MAS DE 8 MESES?**

\_\_\_\_\_

**¿HA TENIDO CONVULSIONES?** \_\_\_\_\_

**¿CUÁNTAS VECES?** \_\_\_\_\_ **¿CUÁNDO?** \_\_\_\_\_

**¿DURACIÓN DE CADA CONVULSIÓN?** \_\_\_\_\_

**¿PADECE ALGUN TIPO DE ALERGIA?** \_\_\_\_\_

**¿CUÁL?** \_\_\_\_\_

**¿PREVIAMENTE O EN LA ACTUALIDAD HA RECIBIDO TERAPIA PSICOLÓGICA?**

\_\_\_\_\_

**¿MOTIVO DE CONSULTA?** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO** \_\_\_\_\_

**¿NÚMERO DE SESIONES?** \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN MÉDICA:**

**AUTORIZO AL INSTITUTO OLIMPIA A TOMAR CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN QUE JUZGUE EN CASO DE EMERGENCIA QUE INVOLUCRE AL NIÑO(A).**

**ENTENDEMOS QUE SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA SITUACIÓN Y DEPENDIENDO DEL TIEMPO DISPONIBLE, EL INSTITUTO OLIMPIA CONTACTARÁ Y SEGUIRÁ LAS INSTRUCCIONES DE LOS PADRES Y/O DEL CONTACTO DE EMERGENCIA REGISTRADO ANTERIORMENTE.**

**EN CASO DE QUE EL PERSONAL DEL INSTITUTO OLIMPIA NO PUEDA CONTACTAR A LOS PADRES DE FAMILIA O CONTACTO DE EMERGENCIA, AUTORIZAMOS AL INSTITUTO OLIMPIA A SEGUIR LAS INDICACIONES DEL PERSONAL MÉDICO QUE NOS ASISTA.**

**IMPORTANTE: SI SU NIÑO(A) APARENTA ESTAR ENFERMO, TIENE FIEBRE O HA TENIDO FIEBRE LAS PASADAS 24 HORAS, ESTA VOMITANDO, TIENE DIARREA O MUESTRA EVIDENCIAS DE ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA, POR FAVOR EVITE TRAERLO AL COLEGIO, POR SU PROPIO BIENESTAR Y EL DE LOS DEMÁS ALUMNOS. SI EL NIÑO(A) PRESENTA ESTOS SÍNTOMAS Y ESTÁ PRESENTE EN EL COLEGIO, SE LLAMARÁ PARA QUE PASE A RECOGERLO.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA MADRE

Monterrey, N.L., a \_\_\_\_\_ de 20\_\_.