



FOTO

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 11-12

- 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 CONTINUO POR MÁS DE 8 MESES?

¿HA TENIDO CONVULSIONES? _____

¿CUÁNTAS VECES? _____ **¿CUÁNDO?** _____

¿DURACIÓN DE CADA CONVULSIÓN? _____

¿PADECE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? _____

¿CUÁL? _____

AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO OLIMPIA A BRINDAR ASISTENCIA MÉDICA DENTRO Y FUERA DE NUESTRAS INSTALACIONES EN CASO DE OCURRIR ALGÚN ACCIDENTE A NUESTRO(A) HIJO(A).

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

Monterrey, N.L., a _____ de 20____.