



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

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____.