



INSTITUTO BILINGÜE AGORA

PROCESO DE ADMISIÓN 2014 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

SOLICITUD DE ADMISION



PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
-----------------	------------------	--------

CURSO AL QUE ASPIRA	NUEVO(A)REINGRESO	FECHA DE SOCIALIZACION	CITA EN PSICOLOGIA

DATOS GENERALES

LUGAR DE NACIMIENTO

PAIS	DEPARTAMENT	MUNICIPI
DIRECCION DOMICILIO	BARRIO	TELEFONO DE DOMICILIO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

NOMBRE DEL COLEGIO / JARDIN DE PROCEDENCIA

HA TENIDO O TIENE FAMILIARES EN EL COLEGIO?.

SI

NC

PARENTESCO

NOMBRE

COMPOSICION FAMILIAR

PADRE

MADRE

NOMBRE:	NOMBRE:
APELLIDO:	APELLIDOS
EDAD:	EDAD:
ULTIMOS ESTUDIOS:	ULTIMOS ESTUDIOS:
PROFESION:	PROFESION:
OCUPACION:	OCUPACION

EMPRESA:	EMPRESA:
CARGO:	CARGO:
HORARIO:	HORARIO:
TELEFONOS DE CONTACTO:	TELEFONOS DE CONTACTO:
E-MAIL:	E-MAIL:

CASADOS (AÑOS)	UNION LIBRE(AÑOS)	SEPARADOS(AÑOS)	LOS PADRES VIVEN JUNTOS SI____ NO____
----------------	-------------------	-----------------	--

PADRES SEPARADOS

PADRE NUEVA UNION SI ____ NO____ HIJOS(AS)NUEVA UNION _____	MADRE NUEVA UNION SI ____ NO____ HIJOS(AS)NUEVA UNION _____
CON QUIEN VIVE EL/LA ASPIRANTE	

COMPOSICION FAMILIAR

HERMANOS(AS)

NOMBRE	EDAD	OCCUPACION	VIVE CON EL/LA ASPIRANTE
¿OTRAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL/LA ASPIRANTE?			

HISTORIA ESCOLAR

AÑO	GRADO	INSTITUCION	CIUDAD

¿Ha reiniciado Cursos? Motivo

ACTIVIDADES Y/O ASIGNATURAS EN LAS QUE SE HA DESTACADO

ACTIVIDADES Y/O ASIGNATURAS EN LAS QUE HA TENIDO DIFICULTAD

HISTORIA CLINICA

OBSERVACIONES

DEFICIENTE

NORMAL

AUDICION

DEFICIENTE

NORMAL

PRONUNCIACION

<input type="checkbox"/>	DEFICIENTE	<input type="text"/>
--------------------------	------------	----------------------

NORMAL

ALERGIAS

PESO

ESTATURA

TIPO DE SANGRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

¿QUE ENFERMEDADES HA TENIDO?

¿ENFERMEDADES ACTUALES?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

¿HA REALIZADO Y/O REALIZA PROCESOS TERAPEUTICOS: PSICOLOGIA, OCUPACIONAL, LENGUAJE, OTROS?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

¿SE DEBE TENER EN CUENTA ALGUNA PRECAUCION MEDICA CON EL/LA ASPIRANTE?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Declaramos que la información aquí suministrada es veraz y puede ser verificada. Nosotros como padres o acudientes de _____ nos hacemos responsables de lo que suceda a nuestro hijo(a) durante los días de la jornada de socialización.

Firma de los padres de Familia y/o Acudientes

(Traer cuaderno y cartuchera con todo lo necesario). La lonchera y el almuerzo se pueden comprar en el colegio.