



**SOLICITUD DE INGRESO**

FECHA : \_\_\_\_\_ FECHA DE EVALUACION : \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO : \_\_\_\_\_ GRADO : ( )7 ( )8 ( )9 ( )10 ( )11 ( )12

NOMBRE DEL ALUMNO : \_\_\_\_\_ SEXO : ( )F ( )M

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

DIRECCION : \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD : \_\_\_\_\_ IDIOMA EN CASA : \_\_\_\_\_

ESCUELAS ANTERIORES :

| NOMBRE | LUGAR | GRADO ACADEMICO |
|--------|-------|-----------------|
|        |       |                 |
|        |       |                 |
|        |       |                 |
|        |       |                 |

ACTIVIDADES DE INTERES DEL ALUMNO : \_\_\_\_\_

PARA PODER ASISTIRLE CORRECTAMENTE, SOLICITAMOS CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RELACIONADAS CON HABILIDADES DE APRENDIZAJE.

¿EL ALUMNO TIENE NECESIDADES ESPECIALES O HA RECIBIDO SOPORTE POR CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE ?

- ( ) PROBLEMAS DE APRENDIZAJE
- ( ) DEFICIT DE ATENCION
- ( ) DIFICULTAD AL PROCESAR INFORMACION
- ( ) DIFICULTADES EMOCIONALES
- ( ) HIPERACTIVIDAD
- ( ) OTRO, Favor de especificar \_\_\_\_\_
- ( ) PROBLEMAS DE LENGUAJE
- ( ) DISLEXIA O PROBLEMAS DE LECTURA
- ( ) PROBLEMAS AUDITIVOS
- ( ) PROBLEMAS DE DISCIPLINA
- ( ) COEFICIENTE INTELECTUAL ELEVADO

¿EL ALUMNO AGUNA VEZ HA SIDO SUSPENDIDO O EXPULSADO DE ALGUNA INSTITUCION EDUCATIVA ? \_\_\_\_\_ EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE EXPLICAR \_\_\_\_\_

**INFORMACION FAMILIAR :**

NOMBRE DEL PADRE : \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA : \_\_\_\_\_ CARGO : \_\_\_\_\_

TELS : CELULAR: \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_ CASA \_\_\_\_\_



CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE : \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA : \_\_\_\_\_ CARGO : \_\_\_\_\_

TELS : CELULAR \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_ CASA \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL DE LOS PADRES : \_\_\_\_\_ ALUMNO VIVE CON : ( ) MAMA ( ) PAPA AMBOS ( )

PERSONA ECONOMICAMENTE RESPONSABLE DEL ALUMNO : \_\_\_\_\_

NOMBRES Y EDADES DE HERMANOS :

---

**INFORMACION PERTINENTE A LA SALUD DEL ALUMNO :**

DESCRIPCION DE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA Y/O PROBLEMAS DE SALUD : \_\_\_\_\_

---

DOCTOR FAMILIAR : \_\_\_\_\_ TELEFONO : \_\_\_\_\_

PERSONAS QUE PUEDEN SER LOCALIZADAS EN AUSENCIA DE LOS PADRES :

NOMBRE : \_\_\_\_\_ TEL CELULAR : \_\_\_\_\_

NOMBRE : \_\_\_\_\_ TEL CELULAR : \_\_\_\_\_

**VOLUNTARIADO :**

EN QUE ACTIVIDADES LE GUSTARIA PARTICIPAR :

( ) AYUDA EN CASA ( ) CHAPERON EN VIAJES ( ) CHAPERON EN EVENTOS ( ) BIBLIOTECA  
( ) SERVICIO COMUNITARIO ( ) DEPORTES

EN QUE AREAS LE GUSTARIA COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS CON LOS ALUMNOS :

( ) PROFESION ( ) PASATIEMPO O AFICION ( ) HERENCIA CULTURAL

-----  
*Me comprometo a entregar toda la documentacion requerida por el sistema Educativo Mexicano. Entiendo que si hay alguna documentacion faltante, el registro oficial de mi hijo/a en este sistema puede encontrarse en riesgo pudiendo no recibir boleta o certificado oficial de secundaria o preparatoria segun sea el caso.*

*Tambien me comprometo a sujetarme al reglamento especificado en el manual alumnos y Padres de Familia*

FIRMA DE LOS PADRES \_\_\_\_\_