

HERMANOS (AS) DEL SOLICITANTE	NOMBRE (S)	EDAD	GRADO	ESCUELA
	NOMBRE (S)	EDAD	GRADO	ESCUELA
	NOMBRE (S)	EDAD	GRADO	ESCUELA

¿CON QUIÉN VIVE EL ALUMNO O LA ALUMNA?

¿QUIÉN LO CUIDA POR LAS TARDES?

¿QUÉ OCUPACIÓN TIENE SU HIJO(A) POR LAS TARDES?

¿ES ADOPTADO (A)?

MENCIONA 3 REGLAS O LÍMITES IMPORTANTES QUE SE MANEJAN EN CASA

¿CÓMO DESCRIBE A SU HIJO (A)?

Académicamente:

Socialmente:

Personalidad:

DESARROLLO Y SALUD

INFORMACIÓN DE EMBARAZO Y PARTO

EMBARAZO PLANEADO: SI NO PARTO: NORMAL CESÁREA POSTERIOR A LA FECHA

EMBARAZO: ALTO RIESGO SIN DIFICULTAD

¿RECIBÍ ATENCIÓN NEONATAL INMEDIATA?

SI NO (En caso Negativo) RAZONES:

¿PRESENTÓ HIPOXIA (FALTA DE OXÍGENO AL NACER?) ¿PRESENTÓ OTRO TIPO DE COMPLICACIÓN?

SI NO SI NO ¿CUÁL?

¿HA ESTADO HOSPITALIZADO? SI NO En caso afirmativo: ¿CUÁNTO TIEMPO?

¿POR QUE?

DESARROLLO EVOLUTIVO

GATEÓ: SI NO ¿A QUÉ EDAD CAMINÓ SIN APOYO?

CONTROL DE ESFÍNTERES <input type="checkbox"/> DIURNO ¿A QUÉ EDAD? _____ <input type="checkbox"/> NOCTURNO ¿A QUÉ EDAD? _____	LATERALIDAD: <input type="checkbox"/> DIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/> AMBIDIESTRO
HORARIO DE SUEÑO ACTUAL: SIESTA: _____ NOCTURNO: _____	

SALUD DEL ALUMNO O ALUMNA:
¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE: _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA?
AUDITIVO VISUAL RESPIRATORIO MOTRIZ LENGUAJE OTRO: _____

¿RECIBE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO DE FORMA PERMANENTE? (P. EJ. PARA EPILEPSIA, ALERGIAS, ASMA, ENF. DEL CORAZÓN, HEMOFILIA?)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿SE HA REALIZADO ALGÚN ESTUDIO ESPECIALIZADO DE LENGUAJE, APRENDIZAJE, EMOCIONAL O NEUROLÓGICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EN CASO AFIRMATIVO: ¿EN QUÉ FECHA? _____ POR QUIEN _____
ESPECIFIQUE: _____
DIAGNOSTICO: _____

¿ACTUALMENTE RECIBE TERAPIA?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE QUÉ TIPO, DÓNDE Y CON QUIÉN: _____

¿ACTUALMENTE TOMA MEDIACAMENTOS?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE CUÁL Y PARA QUE LE SON ADMINISTRADOS: _____
PERIODICIDAD: _____

TIPO DE SANGRE: _____	RH: _____
NOMBRE DEL PEDIATRA: _____	

TELÉFONOS DE EMERGENCIA:	PREGUNTAR POR:

¿POR CUÁL MEDIO CONOCIÓ AL COLEGIO? INTERNET - PÁGINA WEB FACEBOOK HERMANOS EN EL COLEGIO ANUNCIO EN EL PERIÓDICO PAPÁ Y/O MAMÁ EXALUMNO (A) RECOMENDACIÓN	OTRO: _____ RECOMENDADO POR: _____
---	---

¿QUÉ OTROS COLEGIOS HA VISITADO?

ENUMERE POR GRADO DE IMPORTANCIA LOS FACTORES DE INTERÉS PARA INGRESAR A NUESTRA INSTITUCIÓN (SIENDO "1" EL MÁS IMPORTANTE)

() EDUCACIÓN CONSTRUCTIVISTA / PERSONALIZADA	() SISTEMA UNO
() PROGRAMA DE INCLUSIÓN	() RED DE COLEGIOS DEL SAGRADO CORAZÓN
() NIVEL ACADÉMICO	() INSTALACIONES
() PROGRAMA BILINGÜE / BICULTURAL	() UBICACIÓN
() PROGRAMA INTERNACIONAL DE INTERCAMBIOS	() ESTANCIA
() PROGRAMA VESPERTINO	() COSTOS
() CATÓLCO / VALORES	OTROS:

MOTIVO POR EL CUAL CAMBIAN DE COLEGIO:

FIRMA EL PAPÁ / TUTOR

FIRMA DE MAMÁ / TUTORA

"Los padres o tutores declaran que la información proporcionada en la presente solicitud de admisión es verdadera y completa. El Instituto Mater se reserva el derecho de admitir y/o mantener al alumno en nuestra institución, en caso de que los padres o tutores omitan información en la presente solicitud o la información sea falsificada".

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES

FECHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ACADÉMICA: _____ FECHA DE ENTREGA: _____

FECHA DE EVALUACIÓN DE INGLÉS: _____ PAGO DE DERECHO EXAMEN DE ADMISIÓN: _____

SOLICITÓ MAÑANA DE TRABAJO: SI NO

DESICIÓN: _____ FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

OBSERVACIONES GENERALES:

CONTROL DE PAPELERÍA:

ACTA DE NACIMIENTO / ORIGINAL Y COPIA (FORMATO ACTUAL)
 COPIA DEL CURP
 CALIFICACIONES RECIENTES
 CARTILLA DE VACUNACIÓN (PREESCOLAR)
 CARTA DE BUENA CONDUCTA (2° PRIM. EN ADELANTE)

FOLIO DE ASIGNACIÓN (2° Y 3° JARDÍN, 1° PRIM., 1° SECU.)
 CERTIFICADO DE PRIMARIA (SECUNDARIA)
 CALIFICACIONES OFICIALES
 CERTIFICADO DE SECUNDARIA (PREPARATORIA)

AVISO DE PRIVACIDAD:

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de datos personales del Instituto Mater A.C. con domicilio Av. Gómez Morín 1000 Sur, Col. Carrizalejo, San Pedro Garza García N.L. para mayor información consulte nuestro aviso de privacidad en www.mater.edu.mx