**Importante: Es requisito de pre-inscripción completar esta ficha en su totalidad y en forma legible.**

DATOS DEL ASPIRANTE / 20....

AÑO O CURSO en el que desea entrar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIVEL: INICIAL – PRIMARIA – SECUNDARIA

(Tachar lo que no corresponda)

APELLIDOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMAIL DE CONTACTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATOS FAMILIARES

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

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ES EXALUMNO: SI/NO ¿VIVE? SI/NO

NIVEL DE FORMACIÓN: PRIMARIO – SECUNDARIO – TERCIARIO - UNIVERSITARIO

(Tachar lo que no corresponda)

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ES EXALUMNO: SI/NO ¿VIVE? SI/NO

NIVEL DE FORMACIÓN: PRIMARIO – SECUNDARIO – TERCIARIO - UNIVERSITARIO

(Tachar lo que no corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HERMANOS | | |
| NOMBRE | EDAD | ESCOLARIZADOS EN |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL COLEGIO DEL CUAL PROVIENE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿POR QUÉ DESEAN CAMBIARLO DE COLEGIO?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SALUD

¿TIENE O TUVO ALGUNA DOLENCIA O ENFERMEDAD (Por ejemplo: asma, dolores de cabeza o estómago, afecciones hepáticas, alergias, presión baja o alta, problemas cardíacos, diabetes, epilepsia, etc)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA O PSICOLÓGICA? *(en caso de respuesta positiva, por favor adjuntar informes de los profesionales)*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

¿HA REALIZADO O REALIZA ALGÚN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, PSICOPEDAGÓGICO O CON ALGÚN OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD? ¿POR QUÉ?

*(en caso de respuesta positiva, por favor adjuntar informes de los profesionales)*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

HISTORIA ESCOLAR

Indicar en orden cronológico todos los Establecimientos Educativos a los que haya concurrido, mencionando los años cursados en cada uno: *(Adjuntar a este formulario todos los informes obtenidos y fotocopia de boletines de su trayectoria escolar)*

|  |  |
| --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | CURSOS |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

¿REPITIÓ ALGÚN AÑO O CURSO? SI / NO ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE DEVOLUCIÓN: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_