

Grado próximo:

REG ING

¿Es Estudiante Nuevo?

SI NO

ACADEMIA CLARET

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Año Escolar 2020 - 2021



INFORMACIÓN GENERAL **ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SEGURO SOCIAL**

Nombre del estudiante: _____
Apellido Paterno *Apellido Materno* *Nombre* *Segundo Nombre*

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ *mes día año* *Edad* _____ *Lugar de Nacimiento* (____) _____ *Teléfono Residencial* (____) _____ *Teléfono Celular*

SEXO:		DOMINANCIA MANUAL:		PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA:		
<input type="checkbox"/> F <i>Femenino</i>	<input type="checkbox"/> M <i>Masculino</i>	<input type="checkbox"/> Z <i>Zurdo</i>	<input type="checkbox"/> D <i>Derecho</i>	Nombre _____	Parentesco _____	(____) _____ <i>Teléfono</i>
				<i>correo electrónico:</i> _____		

HERMANOS EN LA ACADEMIA CLARET:

_____ <i>Nombre</i>	<i>Grado</i>	<input type="checkbox"/>	_____ <i>Nombre</i>	<i>Grado</i>	<input type="checkbox"/>	_____ <i>Nombre</i>	<i>Grado</i>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------	--------------------------	---------------------	--------------	--------------------------	---------------------	--------------	--------------------------

EL ESTUDIANTE VIVE CON: PADRE MADRE AMBOS TUTOR LEGAL CUSTODIA COMPARTIDA

Padre	Nombre	Madre
_____	_____	_____
_____	<i>Dirección Postal</i>	_____
_____	<i>Dirección Residencial</i>	_____
_____	<i>Teléfono Residencial</i>	_____
_____	<i>Teléfono Celular</i>	_____
_____	<i>Correo Electrónico</i>	_____
_____	<i>Lugar de Trabajo/Nombre de la Empresa</i>	_____
_____	<i>Ocupación / Posición</i>	_____
_____	<i>Teléfono del Trabajo</i>	_____

EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE NOTIFICAR A:

(____) _____ *Nombre* _____ *Relación con el menor* _____

RELIGIÓN QUE PERTENECE EL ESTUDIANTE: _____ *Iglesia a la que asisten actualmente:* _____

¿EL ESTUDIANTE HA SIDO BAUTIZADO? SI NO *Fecha:* _____ *Iglesia:* _____

¿EL ESTUDIANTE HA REALIZADO LA PRIMERA COMUNIÓN? SI NO *Fecha:* _____ *Iglesia:* _____

ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____

RAZÓN POR LA CUAL CONSIDERA EL CAMBIO DE ESCUELA: _____

CONDICIONES DE SALUD, ALERGIAS Y/O MEDICAMENTOS:

PARA USO OFICIAL					
<i>Recibo#</i>			<i>Personal de Finanzas:</i>		
_____			_____		
CASH	ATH	VISA	MC	CK/MO#	CUENTA
_____	_____	_____	_____	_____	_____
					<i>Firma del Padre</i>
					<i>Firma de la Madre</i>

					<i>Fecha</i>