



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS

Fecha de Solicitud	/	/
Matrícula		
Sección		

Grado al que desea ser inscrito

Datos Personales del Solicitante:			
Nombre Completo:			
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Lugar de Nacimiento:	Edad:
Domicilio:	Colonia:	Ciudad:	C.P.
Tel. (casa)	Celular:	E-mail:	
Religión:	Escuela de Procedencia:		

Antecedentes Escolares:

Nombre de la Escuela	Dirección	Fechas	Grados Cursados	Promedio General

¿Has repetido algún año escolar? SI NO ¿Cuál? Motivo:
¿Has sido expulsado alguna vez? SI NO Motivo:
¿Has recibido premios y / o reconocimientos?
Motivo de cambio de escuela:
¿Quién le recomendó nuestra escuela?

Datos de Grupo Familiar:

DATOS DEL PADRE

Nombre del Padre:	Edad:
Nombre de la empresa donde trabaja:	Puesto que ocupa:
Profesión:	Especialización:
Horario de Trabajo:	Ingreso Mensual:
Domicilio de la oficina:	Teléfono (s) oficina: Ext:
Teléfono celular:	E-mail:

DATOS DE LA MADRE

Nombre de la madre:	Edad:
Nombre de la empresa donde trabaja:	Puesto que ocupa:
Profesión:	Especialización:
Horario de Trabajo:	Ingreso Mensual:
Domicilio de la oficina:	Teléfono (s) oficina: Ext:
Teléfono celular:	E-mail:

FAMILIAR A QUIEN ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIA:	
Nombre:	Teléfono de casa:
Celular	E-mail

DATOS HERMANOS

Nombre	Edad	Grado Escolar	Escuela

Antecedentes Familiares:

Estado civil de los padres:	Desde hace cuánto:	Hijos de otro matrimonio (si o hay):			
Casados:		Nombre	Edad	Viven con	Escolaridad
Separados:					
Divorciados:		¿Ha habido alguna separación temporal del alumno con su madre?			
Segundo Matrimonio:		¿Ha habido alguna separación temporal del alumno con su padre?			
Otro.		Motivo de separación:			

Además del alumno ¿quiénes más viven en la casa?

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación

Estado de Salud:

¿Ha padecido alguna (as) enfermedad (es) grave (s) ? No Si ¿Cuál (es) ?	¿Usa auxiliar auditivo? No Si
¿Padece alguna alergia? No Si ¿A qué?	¿Usa aparato ortopédico? No Si
¿Ha sufrido algún traumatismo? No Si ¿De qué tipo?	¿Ha recibido apoyo psicológico? No Si Motivo:
¿Tiene algún problema de la vista? No Si ¿Cuál?	¿Por cuánto tiempo? ¿Qué resultado ha tenido?
¿Padece de alguna enfermedad crónica o degenerativa, que requiera atención especial?	

Intereses Personales:

¿Qué actividades realiza cuando está solo?	¿Qué hace su hijo los fines de semana?	
¿Con quién pasa la mayor parte del tiempo?	Acostumbre convivir con personas de su edad?	Usted considera que su hijo es... Muy sociable Sociable Le cuesta trabajo socializar Es una habilidad que debe mejorar

Hábitos personales:

¿Qué actividades realiza en casa como su responsabilidad?	Toma clases extra-escolares? ¿Cuáles?	¿Pertenece algún club deportivo y/ o social?
---	--	--

¿Le gusta leer? Si No ¿Cúantas horas al día ve la T.V.?
¿Tiene juegos de video?

¿Con qué frecuencia lo hace? ¿Qué tipo de programas suele ver? ¿Cúantas horas diarias los usa?

¿Tiene el hábito del ahorro? Si No	¿Recibe algún ingreso fijo? No Si ¿Cúanto recibe semanalmente?	¿Cúantas horas duerme?
¿Tiene buen apetito? Si No	¿Cúantas comidas realiza al día? ¿Tiene horario fijo para comer?	Su peso es: Adecuado para su edad y estatura Por debajo para su edad y estatura Por arriba para su edad y estatura

Conocimientos Generales:

Qué idiomas domina:	Lee:	Escribe:	Comprende:	Conversa:
Documento que lo acredite:				

Otros

¿Piensa Usted que su hijo tiene algún taletnto o aptitud especial?	
¿En qué áreas piensa que su hijo puede desarrollarse mejor?	
¿Existe alguna experiencia familiar, personal, escolar y/o social que haya afectado de manera significativa al alumno? (muerte de un familiar cercano, separación o divorcio de los padres, cambio de casa o escuela, accidente, pérdida, etc.)	
¿A qué paseos o viajes importantes ha asistido su hijo (a) ?	
¿Cómo se establecen los límites en casa?	
¿Cómo se considera como padre? Sobreprotector Rígido Autoritario Cariñoso Ausente Frío Flexible Condescendiente	¿Cómo se considera como madre? Sobreprotectora Rígida Autoritaria Cariñosa Ausente Fría Flexible Condescendiente
La relación con mi hijo (a) la considero	La relación con mi hijo (a) la considero:

SI SOY ADMITIDO ME COMPROMETO A CUMPLIR MIS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS CONTENIDAS EN LOS REGLAMENTOS Y DISPOSICIONES DEL CENTRO DE ESTUDIOS LOMAS, S.C.

NAUCALPAN DE JUÁREZ EDO. DE MÉXICO A _____ DE _____ DE _____

NOMBRE Y FIRMA

PARA EL USO DEL CENTRO DE ESTUDIOS LOMAS

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Fecha:

Vo.Bo.

RESULTADOS	AUTORIZACIÓN PARA SU INSCRIPCIÓN
ACADÉMICOS	FIRMA
INGLÉS	
PSICOMÉTRICO	
OTROS	
	FECHA