



Foto

F	M
Género	

Datos generales del solicitante

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Género

D/M/A
Fecha de Nacimiento

Edad al 31 de Agosto

Lugar

Nacionalidad

CURP

Calle

No. Ext.

No. Int

Colonia

Delegación

Código Postal

Ciudad

Estado

Teléfono 1

Teléfono 2

Correo alumno

Correo contacto

Escuela de Procedencia

Lugar

Promedio Académico

Promedio Conducta

Referencia Escuela Procedencia: Nombre, puesto y teléfono contacto

Grado que cursa

Grado al que solicita admisión

¿Tiene hermanos en la escuela?

¿En qué año?

Razón por la que cambia de escuela

Recomendado por _____

Datos del padre

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Dirección			
Teléfono casa	Teléfono oficina	Celular	Correo electrónico
Ocupación	Empresa	Puesto	
Estado Civil	Vive con solicitante	Religión	

Datos de la madre

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Dirección			
Teléfono casa	Teléfono oficina	Celular	Correo electrónico
Ocupación	Empresa	Puesto	
Estado Civil	Vive con solicitante	Religión	

Información Familiar	No. hermanos	Lugar que ocupa en la familia
-----------------------------	--------------	-------------------------------

Datos sobre desarrollo y salud

Estatura

Peso

Tipo de Sangre

Complete con la opción más adecuada.

	Si	No	¿Cuál?
Presenta algún tipo de padecimiento frecuentemente (tos, gripa, dolor de cabeza, dolores de estómago, etc.)			
Presenta padecimientos crónicos.			
Presenta algún tipo de alergia.			
Presenta padecimientos dermatológicos.			
Presenta dificultades ortopédicas o musculares.			
Presenta algún trastorno respiratorio, cardiovascular, neurológico, digestivo, urinario, auditivo, visual, etc.			
Ha tenido alguna cirugía.			
Ha recibido transfusiones sanguíneas.			
Ha presentado algún trastorno durante el desarrollo.			
Presenta o ha presentado Tics.			
Toma algún medicamento de forma permanente.			
Requiere asistencia o cuidado especial por alguna razón.			

En caso de emergencia llamar: _____

Hospital en caso de emergencia: _____

Doctor

Especialidad

Teléfono

Correo electrónico



Edad de la madre en embarazo _____

La concepción fue: Natural () Asistida ()

Padece alguna discapacidad _____

¿Cuál? _____

¿Se le ha realizado algún tipo de valoración psicológica o neurológica? SI () NO ()

Especifique _____

Adjuntar valoración en caso de haberse realizado.

¿Ha requerido algún tipo de atención terapéutica? SI () NO () Edad _____

Marque con una X la opción más adecuada.

Terapia física	<input type="checkbox"/>	Terapia neurodesarrollo	<input type="checkbox"/>	Terapia motora	<input type="checkbox"/>
Terapia emocional	<input type="checkbox"/>	Terapia visual	<input type="checkbox"/>	Terapia de lenguaje	<input type="checkbox"/>
Terapia de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Terapia auditiva	<input type="checkbox"/>		

Alguna otra _____ Especifique _____

Causa _____

Terapeuta	Especialidad	Teléfono	Correo electrónico
-----------	--------------	----------	--------------------

Tipo de actividades en las que prefiere participar: _____

Actividades extracurriculares en las que participa: _____

Facilidad para desempeñar tareas relacionadas con lo siguiente:

Ciencias	<input type="checkbox"/>	Arte	<input type="checkbox"/>	Esparcimiento	<input type="checkbox"/>
Humanidades	<input type="checkbox"/>	Deportes	<input type="checkbox"/>	Sociedad	<input type="checkbox"/>

Otras instituciones que son opción para la formación del solicitante.

1. _____

2. _____

Hago constar que mis respuestas son verdaderas. Fecha _____

Nombre _____ Firma _____

Agradecemos su tiempo y la valoración del Colegio Merici como una opción de formación.

Toda la información aquí proporcionada será tratada confidencialmente.