



INSTITUTO MONTRER

PREPARATORIA SOLICITUD DE ADMISIÓN

CICLO ESCOLAR:

TALLER ARTÍSTICO:

BANDA DE ALIENTOS

TEATRO

CORO

JAZZ

MODALIDAD DE PAGO

MESES
10 12

DOCUMENTACIÓN

FOTO

	SI	NO
CERTIFICADO DE SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSTANCIA DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPIA CERT. DE ACTA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARTA DE BUENA CONDUCTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO MÉDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
RECIBO DE PAGO DE INSCRIPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 FOTOGRAFÍAS TAM. INFANTIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGLAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP INTERNET <input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDIO POR EL CUAL SE ENTERO DE INSTITUTO MONTRER

DATOS GENERALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOMBRE(S)			
<input type="text"/>			
GENERO		FECHA DE NACIMIENTO	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DÍA: <input type="text"/> MES: <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/>	
LUGAR DE NACIMIENTO			
MUNICIPIO		ESTADO	PAÍS
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.U.R.P.		ESTADO CIVIL:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO PARTICULAR		COLONIA	
CALLE Y NÚMERO		<input type="text"/>	
ENTRE LA CALLE	Y LA CALLE	CÓDIGO POSTAL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MUNICIPIO		ESTADO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO CELULAR	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

DATOS DEL PADRE

NOMBRE DEL PADRE

¿VIVE?

OCUPACIÓN

DOMICILIO PERSONAL

COLONIA

ENTRE LA CALLE

Y LA CALLE

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

ESTADO

TELÉFONOS PERSONALES

PARTICULAR

CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA:

MES:

AÑO:

EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA

DOMICILIO DEL LUGAR DONDE TRABAJA

COLONIA

PUESTO QUE OCUPA

TELÉFONOS DEL LUGAR DONDE TRABAJA

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA MADRE

NOMBRE DEL MADRE

¿VIVE?

OCUPACIÓN

DOMICILIO PERSONAL

COLONIA

ENTRE LA CALLE

Y LA CALLE

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

ESTADO

TELÉFONOS PERSONALES

PARTICULAR

CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA:

MES:

AÑO:

EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA

DOMICILIO DEL LUGAR DONDE TRABAJA

COLONIA

PUESTO QUE OCUPA

TELÉFONOS DEL LUGAR DONDE TRABAJA

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS ADICIONALES

ESTADO CIVIL

FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN

DÍA

MES

AÑO

DATOS DEL MÉDICO FAMILIAR

NOMBRE DEL MÉDICO

TELÉFONO(S) DEL MÉDICO

HOSPITAL QUE PUEDE SER UTILIZADO EN CASO DE EMERGENCIAS

DATOS OTRO FAMILIAR

NOMBRE DE UN FAMILIAR

TELÉFONO(S) DEL FAMILIAR

PARENTESCO CON LA PERSONA

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO(A)

NOMBRE

PARENTESCO

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA Y DATOS DE LA ESCOLARIDAD ANTERIOR

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA

ESCOLARIDAD ANTERIOR O GRADO DE ESTUDIOS

PROMEDIO DE LA ESCOLARIDAD ANTERIOR

LUGAR DONDE SE CURSÓ EL GRADO DE ESTUDIOS

ADICIONALES

AÑO DE TÉRMINO

OBSERVACIONES

CORREO ELECTRÓNICO DEL ALUMNO

ALUMNO EXTEMPORÁNEO

ALUMNO REINSCRITO EN EL PRESENTE CICLO

ALUMNO REPETIDOR

ALUMNO CON TRATAMIENTO ESPECIAL

CAMPOS PARTICULARES DE USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

DEPORTE FAVORITO

SEMESTRE AL QUE SOLICITA INGRESO

FECHA DE ENTREVISTA

DÍA

MES

AÑO

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO(A)

TIPO DE SANGRE

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

INDICACIONES MÉDICAS IMPORTANTES

ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> TUMORACIONES | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> OBESIDAD |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA | <input type="checkbox"/> CARDOPATÍAS |

ANTECEDENTES PERSONALES

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> PAPERAS |
| <input type="checkbox"/> PALUDISMO | <input type="checkbox"/> TIFOIDEA | <input type="checkbox"/> TOSFERINA | <input type="checkbox"/> OTITIS |
| <input type="checkbox"/> PARASITOSIS | <input type="checkbox"/> NEUMONÍA | <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> POLIOMELITIS |

OTROS (ESPECIFICAR)

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

TRAUMATISMOS

ALERGIAS

MEDICAMENTOS

ALIMENTOS

PLANTAS

OTROS (ESPECIFICAR)

- 1.- ESTOY DISPUESTO(A) A ACATAR LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN Y SU REGLAMENTO, SABRIENDO QUE DE NO HACERLO PODRÉ SER DADO(A) DE BAJA.
- 2.- ESTOY DE ACUERDO EN QUE MI APARIENCIA, MI VESTIMENTA Y MI COMPORTAMIENTO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN SERÁ CORRECTO, RESPETUOSO Y APROPIADO, Y QUE ESTO CONTRIBUYE A LA IMAGEN EJEMPLAR DE LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL MONTRER.
- 3.- ESTOY CONCIENTE Y ACEPTO QUE TODAS LAS MEDIDAS QUE LA INSTITUCIÓN TOME, SERÁN EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL MONTRER Y NUNCA EN BENEFICIO DE UNA SOLA PERSONA O GRUPO DE PERSONAS.
- 4.- ACEPTO QUE HE RECIBIDO EL REGLAMENTO GENERAL DE ALUMNOS QUE LO HE LEÍDO, COMPRENDIDO, QUE LAS DUDAS QUE TUVE ME FUERON SUFICIENTEMENTE ACLARADAS; QUE LO ASUMO COMO MI RESPONSABILIDAD.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE LO ATENDIÓ
HE REVISADO EN CADA UNA DE SUS PARTES EL LLENADO DE ESTA SOLICITUD