



Formulario de Postulación para el ingreso de Alumnos Nuevos

Unidad Educativa Leonardo da Vinci

1. DATOS GENERALES

| DATOS DEL POSTULANTE | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------|-----|
| Nombres completos del Estudiante: | | | |
| Lugar de nacimiento: | | Fecha de nacimiento: | / / |
| Domicilio del alumno: | | | |
| Cédula de Identidad o Pasaporte: | | Nacionalidad: | |
| Teléfono casa: | | | |
| Jardín o Escuela de donde proviene: | | | |
| Curso al que postula: | | Año de ingreso: | |

| DATOS DEL PADRE | | | |
|----------------------------------|--|----------------------|-----|
| Nombres y Apellidos: | | | |
| Lugar de nacimiento: | | Fecha de nacimiento: | / / |
| Domicilio: | | | |
| Cédula de Identidad o Pasaporte: | | Nacionalidad: | |
| Teléfono domicilio: | | Celular: | |
| Estudios: | | Profesión: | |
| Lugar de trabajo: | | Cargo que ocupa: | |
| Dirección de trabajo: | | Teléfono de trabajo: | |
| Correo electrónico: | | | |

| DATOS DE LA MADRE | | | |
|----------------------------------|--|----------------------|-----|
| Nombres y Apellidos: | | | |
| Lugar de nacimiento: | | Fecha de nacimiento: | / / |
| Domicilio: | | | |
| Cédula de Identidad o Pasaporte: | | Nacionalidad: | |
| Teléfono domicilio: | | Celular: | |
| Estudios: | | Profesión: | |
| Lugar de trabajo: | | Cargo que ocupa: | |
| Dirección de trabajo: | | Teléfono de trabajo: | |
| Correo electrónico: | | | |

| | |
|---|---|
| Persona(s) autorizada en retirar al niño del colegio: | |
| Estado civil de los padres del postulante: | Casados Divorciados Viudo(a) Unión Libre Separados Soltero/a |

Persona de contacto para EMERGENCIAS que no sea papá o mamá

| | |
|----------------------|--|
| Persona a contactar: | |
| Parentesco/Relación: | |
| Dirección: | |
| Teléfono: | |

| El (la) postulante tiene hermanos(as): | | Si | No |
|--|----------------------|----|----|
| Hermano(a) 1 | Nombres completos: | | |
| | Fecha de nacimiento: | / | / |
| | Dirección: | | |
| Hermano(a) 2 | Nombres completos: | | |
| | Fecha de nacimiento: | / | / |
| | Dirección: | | |
| Hermano(a) 3 | Nombres completos: | | |
| | Fecha de nacimiento: | / | / |
| | Dirección: | | |
| Hermano(a) 4 | Nombres completos: | | |
| | Fecha de nacimiento: | / | / |
| | Dirección: | | |

Representante Legal

| | | | |
|---------------------|--|-----------|--|
| Nombre: | | | |
| C.I: | | Teléfono: | |
| Dirección: | | | |
| Correo electrónico: | | | |

Detalle las personas con quienes vive el/la postulante

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

Datos de Facturación:

| | | | |
|---|--|-----------|--|
| Nombre: | | | |
| RUC / C.I: | | Teléfono: | |
| Dirección: | | | |
| Correo electrónico para envío de factura electrónica: | | | |

2. INFORMACIÓN DEL POSTULANTE

| | |
|------------------------|--|
| Intereses que tiene: | |
| Deportes que práctica: | |

| | | |
|--|--------|--------------|
| Por favor marque con una (X) si su hijo(a) tiene o ha tenido dificultades en alguno de los siguientes aspectos: ¿Presenta o ha presentado algún problema de? | | |
| Aprendizaje* | SI | NO |
| Psicológico* | SI | NO |
| Neurológico* | SI | NO |
| Físico* | SI | NO |
| Psicomotriz* | SI | NO |
| Especificar el problema: | | |
| | | |
| ¿Está o estuvo en tratamiento? | SI | NO |
| ¿Desde cuándo? (fecha inicio y término): | | |
| ¿Se dio alta en dicho tratamiento? | SI | NO |
| ¿Quién o quiénes lo atienden o atendían? | Nombre | Especialidad |
| | | |
| ¿Tomó algún medicamento (psicotrópico)? | SI | NO |
| Nombre del medicamento: | | |

| | |
|---|--|
| Otros tratamientos que el postulante está recibiendo: | Ortodoncia* Nutricionales* Oftalmológico* Fonoaudiológico* Otros*: _____ |
|---|--|

| | |
|------------------|--|
| ¿Tipo de Sangre? | |
|------------------|--|

| | | |
|---|----|----|
| ¿el/la alumno/a está vacunado contra COVID 19 ? | SI | NO |
|---|----|----|

**De haber antecedentes en estos aspectos, se deben presentar los informes que se tengan a la fecha, sin excluir ninguno, previo examen de admisión. En caso de omisión la institución no se responsabilizará por el desconocimiento de los mismos.*

3. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Detalle en orden cronológico, las instituciones educativas a las que su hijo(a) ha asistido, iniciando con la más reciente:

| Nombre de la Institución | Grado | Año lectivo | Motivo de salida |
|--------------------------|-------|-------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Detalle logros académicos, deportivos y/o artísticos obtenidos (si es posible indicar fechas):

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

¿Hay algún miembro del personal docente y/o directivo de instituciones educativas anteriores a quien podamos contactar para obtener referencias?

Si

No

En caso de ser afirmativa su respuesta a la pregunta anterior, por favor indíquenos los siguientes datos de la persona a contactar:

Nombres completos:

Número telefónico:

Correo electrónico:

4. INFORMACIÓN PERSONAL

Colocar 3 referencias personales de padres con hijos en nuestra Institución Educativa

| | |
|---------------------|--|
| Nombre: | |
| Número telefónico: | |
| Correo electrónico: | |

| | |
|---------------------|--|
| Nombre: | |
| Número telefónico: | |
| Correo electrónico: | |

| | |
|---------------------|--|
| Nombre: | |
| Número telefónico: | |
| Correo electrónico: | |

| |
|---|
| Indique el motivo por el cual desea que su hijo o representado estudie en nuestra Institución Educativa |
| |

| |
|--|
| ¿Cómo conoció usted de la Unidad Educativa? |
| Otros hijos en la Unidad Educativa Referencias Prensa TV / Radio Página Web Otros _____ |

| | |
|----------------|--|
| Ciudad y Fecha | |
|----------------|--|

“Toda esta información es confidencial y de uso exclusivo de la Unidad Educativa Leonardo da Vinci”