



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR	NIVEL EDUCATIVO			GRADO	N.º DE MATRÍCULA
	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Preparatoria <input type="checkbox"/>		
¿Cómo se enteró del Colegio?					
Volante <input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/> Otro: <input type="text"/>					
Nombre del alumno(a):		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre (s)			Nacionalidad <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Escuela de procedencia	Promedio calificación
DÍA	MES	AÑO	CIUDAD O MUNICIPIO Y ESTADO	Pública: <input type="checkbox"/>	Privada: <input type="checkbox"/>
CURP			Correo electrónico		
Edad: <input type="text"/>		Estatura: <input type="text"/>		Peso (kg): <input type="text"/>	Talla: <input type="text"/>
Tipo de lateralidad: <input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo		Cuenta con visa para ingresar a EUA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Habla un segundo idioma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique idioma: <input type="text"/>			
DATOS MÉDICOS					
Visual: ¿Necesidad de lentes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Alergias a medicamentos y/o alimentos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>					
¿Padece alguna enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>					
¿Toma algún medicamento de forma permanente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>					
¿Padece alguna discapacidad física, visual, auditiva o intelectual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>					
¿Tiene alguna requerimiento especial dentro del aula? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>					
DATOS DE DOMICILIO					
Calle: <input type="text"/>			Número: <input type="text"/>		
Colonia/Fracc.: <input type="text"/>		Ciudad o municipio: <input type="text"/>		Código postal: <input type="text"/>	
DATOS DE PADRES / TUTORES					
Nombre del padre o tutor:		<input type="text"/>			
Correo electrónico:		<input type="text"/>			
Celular: <input type="text"/>		Teléfono casa y/o trabajo:		<input type="text"/>	
Ocupación:		<input type="text"/>			
Nombre de la madre:		<input type="text"/>			
Correo electrónico:		<input type="text"/>			
Celular: <input type="text"/>		Teléfono casa y/o trabajo:		<input type="text"/>	
Ocupación:		<input type="text"/>			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:					
Parentesco <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>			
Especifique la o el alumno vive con: Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Con ambos <input type="checkbox"/> Padres divorciados <input type="checkbox"/>		Teléfono <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Otro miembro de la familia: <input type="checkbox"/> Parentesco: <input type="text"/>		Padre fallecido <input type="checkbox"/>		Madre fallecida <input type="checkbox"/>	

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO:

Nombre completo:			
Parentesco:		Teléfono:	
Nombre completo:			
Parentesco:		Teléfono:	
Nombre completo:			
Parentesco:		Teléfono:	

*Se requiere que el padre o tutor porte el cartel que sea visible en su vehículo con los datos del alumno al momento de venir a recogerlo al Colegio.

N.º de personas que viven en casa:				
N.º de hermanos:		Tiene hermanos en el Colegio:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre:			Nivel y Grado:	
Nombre:			Nivel y Grado:	
Familiares exalumnos del Colegio:				
	Parentesco	Nombre completo	Generación	

DATOS PARA FACTURACIÓN

Requiere factura:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombre completo, denominación o razón social:	
Dirección:				
RFC:		Persona física <input type="checkbox"/>	Persona moral <input type="checkbox"/>	
Teléfono:		Correo electrónico:		
*Anexar copia simple de cedula fiscal actualizada en caso de requerir factura.				
En caso de no requerir factura, nombre a quien será dirigido el recibo de pago:				

ACUERDOS DE CONVIVENCIA ESCOLAR

- * Deberán portar el uniforme completo.
 - * Deberán cumplir con las normas de imagen y cuidado personal descritas en los acuerdos de convivencia.
 - * Deberán cubrir con al menos el 85% de asistencia.
 - * Deberán cumplir con horarios y tolerancia de entrada y salida.
 - * No podrán traer al Colegio ningún artículo no permitido en los acuerdos de convivencia escolar.
 - * Se solicitará de manera individual o aleatoria, la realización de análisis clínicos para la detección de sustancias no permitidas.
 - * Queda prohibido la venta, distribución o promoción de cualquier producto.
 - * Me comprometo y me obligo a leer los acuerdos de convivencia completos, y demás normatividades institucionales que se me hacen entrega.
- Me comprometo a cumplir los acuerdos de convivencia escolar, así como disposiciones vigentes del nivel educativo al que pertenezco del cual tengo conocimiento y acepto.

Firma de aceptación de los acuerdos de convivencia

MODALIDAD DE PAGO COLEGIATURAS

Al firmar y ser aceptada mi solicitud, manifiesto conocer y cumplir con el pago de las cuotas de inscripción, colegiaturas y vacaciones fijadas por el Colegio en las fechas, modos y plazos que están establecidos. Mi demora en el pago de estos causará los recargos correspondientes.

Pago a 10 meses

Pago a 12 meses

Firma de aceptación de modalidad de pago colegiaturas durante el ciclo escolar actual

USO DE IMAGEN

Autorizo la imagen de mi hijo para ser publicada en redes sociales del Colegio para fines académicos de promoción y difusión.

Sí

No

Firma de autorización de la imagen

CONTACTO WhatsApp

Número de contacto para ser agregados a los grupos de WhatsApp de padres de familia:	
Nombre:	Parentesco:
Celular:	
Nombre:	Parentesco:
Celular:	

Tijuana, B. C. a _____ del mes de _____ de _____.