



UNIDAD EDUCATIVA ADVENTISTA SANTA CRUZ
FORMULARIO DE POSTULACIÓN
NIVEL INICIAL (PREKINDER Y KINDER)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido Paterno				FECHA NACIMIENTO			
Apellido Materno				Año	Mes	Día	
Nombre completo:							
Dirección del hogar:							
Grado que ingresa							
Vive con:	<input type="radio"/> Padre	<input type="radio"/> Madre	<input type="radio"/> Otros	Tutor:	<input type="radio"/> Padre	<input type="radio"/> Madre	<input type="radio"/> Ambos
¿Cuántos viven en casa ?							
Peso:							
Estatura:							
Nacionalidad:							

DATOS DEL PADRE Y MADRE Y /O TUTOR

Nombre Papá:						
Grado académico:			Estado Civil	<input type="radio"/> Soltero	<input type="radio"/> Casado	<input type="radio"/> Divorciado
Ocupación						
Celular:						
Nombre Mamá:						
Grado académico:			Estado Civil	<input type="radio"/> Soltero	<input type="radio"/> Casado	<input type="radio"/> Divorciado
Ocupación						
Tiene casa propia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No				
Celular:			Fijo (Casa Trabajo)	En caso de emergencia llamar al:		
				Nombre: _____		
Correo Electronico						

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

El/la tiene hermanos:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Estudian en la U.E Adventista Santa Cruz	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nombre de los hermanos edad que tienen y en que colegio estudian actualmente.					
Nombre	Edad	Colegio			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			

INFORMACIÓN SOBRE LA CONDUCTA FÍSICA

Pide ir al baño por sí solo/a cuando lo necesita	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No			
Usa el papel higiénico por sí solo/a	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Escribe su nombre	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Puede entablar una conversación claramente y sin problemas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No			
Tiene alguna alergia o usa algún medicamento en especial?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cual?		
El postulante requiere cuidados especiales por razones de salud, o está en tratamiento con algún especialista como neurólogo, fonodólogo u otro					
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Especifique sobre la situación y régimen o medicación :					

Observación:

Si el colegio detectara la necesidad de apoyo de algún especialista externo para su hijo(a), en favor de su desarrollo, Están dispuestos a realizarla? ☐ Si ☐ No

La Comisión de admisión enviará un mensaje de confirmación y bienvenida a los estudiantes admitidos para la gestión 2021 en un plazo de 48 horas posterior a la entrevista.

Serán criterios a tomar en cuenta para las admisiones :

- Cupos disponibles.
- Hermanos estudiando en la Unidad Educativa
- Fecha de Postulación

OBSERVACIONES

--

Firma del apoderado(a)

Nombre del apoderado(a)

C.I. del apoderado(a)

FECHA		
Año	Mes	Día

Santa Cruz,de.....2021