



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA 2do. y 3er. CURSOS

FOTO

Año Escolar \_\_\_\_\_

Nombre del alumno (a): \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad al iniciar el curso (Sept.): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_ No. de hermanos: \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Tutores \_\_\_\_\_

Otras personas que viven con el niño(a): \_\_\_\_\_

Religión que practica: \_\_\_\_\_

Iglesia a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Indique padecimientos que sufra el niño frecuentemente: \_\_\_\_\_

Alergias, dolor de cabeza, estreñimiento, insomnio, rinitis, gripes, asma, dolores estomacales, etc.

¿Algún medicamento que tome frecuentemente? \_\_\_\_\_

¿Para qué? \_\_\_\_\_

¿Qué desayuna su hijo (a)? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_

Enumere las actividades extracurriculares en que participa su hijo (a)

Actividad	Días	Horas	Lugar
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Deporte favorito: \_\_\_\_\_

¿Visita periódicamente al dentista? \_\_\_\_\_

Describe brevemente el comportamiento de su hijo (a) en casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es la actitud de su hijo (a) frente a la escuela y frente a las tareas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué espera usted de la Primaria Montessori en relación con la educación de su hijo (a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se requiere certificado pediátrico y oftalmológico a principio del año escolar.

Nombre de los hermanitos que ingresarán  
a la Primaria Montessori

Año de Ingreso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZO PARA QUE LA DIRECCIÓN Y TELÉFONO A CONTINUACIÓN SEAN COMPARTIDOS  
CON LOS COMPAÑEROS DEL CURSO.**

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA  
4to., 5to., y 6to. CURSOS**



Año Escolar \_\_\_\_\_

Nombre del alumno (a): \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_ Edad al iniciar el curso \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación actual \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Empresa en que trabaja \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación actual \_\_\_\_\_

Empresa en que trabaja \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_ No. hermanos \_\_\_\_\_

Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_

Algún medicamento que tome frecuentemente \_\_\_\_\_

Es alérgico \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_

Enumere las actividades extracurriculares en que participa su hijo (a)

Actividades	Días	Horas	Lugar

Horas dedicadas diariamente al cumplimiento de las tareas \_\_\_\_\_

Nombre de los hermanitos que ingresarán  
a la Primaria Montessori

Año de Ingreso

---

---

---

---

---

---

---

---

**AUTORIZO PARA QUE LA DIRECCIÓN Y TELÉFONO A CONTINUACIÓN SEAN COMPARTIDOS  
CON LOS COMPAÑEROS DEL CURSO.**

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono; \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN NIÑOS DE NUEVO INGRESO (DATOS CONFIDENCIALES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA)

FOTO

Fecha \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Empresa en que Trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Empresa en que trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Tutores \_\_\_\_\_

Número de hermanos \_\_\_\_\_ Otras personas que viven en él o ella: \_\_\_\_\_

Nombre de su Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Clínica en que trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Describa brevemente la historia general de la salud de su hijo (a)

¿Tiene alguna alergia definida? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Debe de seguir una dieta especial? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_ ¿Duerme solo? \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela donde curso el pre-escolar \_\_\_\_\_

¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela a la que asiste actualmente \_\_\_\_\_

Personas a notificar en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Describe objetivamente la forma de ser del niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certificados a entregar:

Pediatra \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_

Oculista \_\_\_\_\_

Boletín de notas \_\_\_\_\_

Cartas de buena conducta \_\_\_\_\_

Evaluación Psicológica \_\_\_\_\_

Nombre de los hermanitos que ingresaran a la Primaria Montessori

Año de ingreso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZO PARA QUE LA DIRECCIÓN Y TELÉFONO A CONTINUACIÓN SEAN COMPARTIDOS  
CON LOS COMPAÑEROS DEL CURSO.**

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_