



FORMULARIO DE MATRÍCULA

DATOS PERSONALES

Por favor inserta una foto del/de la estudiante	Nombre:						
	Apellidos:						
	# de cédula o pasaporte:						
	A ser rellenado por la oficina:						
Ingresó:		Edad:		Egresó:		Edad:	
Ingresó:		Edad:		Egresó:		Edad:	
Ingresó:		Edad:		Egresó:		Edad:	
Ingresó:		Edad:		Egresó:		Edad:	
Dirección:							
Correo Electrónico:							
Teléfono:				Fax:			
Celular:							
	Día	Mes	Año		Nacionalidad:		
Fecha de nacimiento:					Religión:		
Nombre completo de la madre:				Profesión:			
Nombre completo de la padre:				Profesión:			
Correo electrónico de los padres:							
En caso de que los padres estén divorciados ¿con quién vive el/la estudiante?				<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Padre	
Nombre y edad de hermanos:							
¿Se le lee al niño:		¿Por cuánto tiempo al día?:			¿Cuándo?:		
¿El padre, la madre u otra persona trabaja con el niño enfocándose en el aprendizaje?:							
¿En qué se trabaja?:							
¿Hace rompecabezas, domino u otros juegos de mesa?:				Si no, ¿por qué no?:			
¿El niño ve televisión? Si es el caso, ¿cuáles programas y por cuánto tiempo?:							
¿Cuáles son las actividades principales del niño?:							
¿Cuáles son los intereses principales del niño?:							
¿El niño demuestra algún talento especial?:							

DATOS MÉDICOS

¿Cuál es el nombre del doctor que ve al estudiante?		Tipo de médico:	
Número de teléfono del doctor			
¿Contra qué tipo de enfermedad está vacunado el estudiante?	<input type="checkbox"/> Tuberculosa BGG <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo B <input type="checkbox"/> Poliomielitis <input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Difteria <input type="checkbox"/> Tosferina <input type="checkbox"/> Tétano <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Rubeola	
	Otras: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿Padece el estudiante de una alergia?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí ¿cuál?	
¿Es vegetariano/a?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí ¿qué tipo?	
Algún comentario u otros datos:			

OTRA INFORMACION

¿A través de quién escuchó usted de la escuela/colegio?
<input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Anuncios <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Nuestra página de internet

Para los niños de primaria: ¿Cuál idioma desea escoger como tercera lengua?
<input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/>

ACUERDO

Yo estoy de acuerdo que mi hijo/hija participe en el programa de la Sámara Pacific School para niños de 2 a 6 años:

Fecha y firma de la madre

Fecha y firma del padre
