



FOTO

Puede enviar la foto al iniciar el Curso Lectivo

FORMULARIO DE MATRÍCULA

Información del estudiante del SJS

para el Curso lectivo **2017**

Fecha en que se llena este formulario: ___ de _____ del 20__.

Nombre completo

Apellido

Apellido

Nivel que ingresa: PREESCOLAR: _____ PRIMARIA: _____ SECUNDARIA: _____

Nº de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año

Nacionalidad: _____

Lugar de residencia: _____ / _____ / _____
Provincia Cantón Distrito

Dirección exacta de la **residencia** del estudiante:

 de su **residencia**: _____

El estudiante **vive con**: _____ Ambos padres _____ Padre _____ Madre

Tiene hermanos en la Institución: _____ No _____ Sí Nivel (s) _____

Religión: _____

Desea que su hijo(a) reciba clases de religión: SI _____ NO _____ (en este caso por favor enviar una carta indicándolo a la Dirección)

Viajará en **bus** para el 2015: NO _____ SI _____ Nombre del chofer _____

Información de salud

Médico personal: _____ Teléfono: _____

Observaciones sobre la salud del estudiante: (alergias, padecimientos, enfermedades crónicas...)

Hospital o Clínica donde prefiere que sea trasladado su hijo (a) en caso de emergencia:

Adecuación

Si su hijo (a) se encuentra en tratamiento pedagógico, psicológico o neurológico, indicar el profesional que le atiende:






Se le ha diagnosticado:

_____ Déficit de Atención _____ Hiperactividad _____ Impulsividad
_____ Trastornos de lenguaje _____ Problemas visuales _____ Problemas auditivos
_____ Dif. de motora fina _____ Dif. de motora gruesa Otro _____

Debe tomar algún medicamento: (especifique cuál) _____

DATOS PERSONALES DE LOS PADRES DEL ESTUDIANTE: les solicitamos dar los datos correctos ya que son requisitos indispensables para hacer efectiva la matrícula.

DATOS	PADRE	MADRE
Edad:	Nombre:	Nombre:
Estado civil	() Casado: ___ iglesia ___ civil () Divorciado () Unión libre () Viudo	() Casada: ___ iglesia ___ civil () Divorciada () Unión libre () Viuda
Número de cédula		
 celular		
 de su casa de habitación		
Cantón donde vive		
Nacionalidad		
Religión		
Profesión u oficio		
Empresa donde trabaja		
Cargo que desempeña		
Horario de trabajo		
 del trabajo		
Apartado postal		
Número de fax		

Otras personas autorizadas para retirar al estudiante de la Institución:

_____ CI _____ tel _____

_____ CI _____ tel _____

Correo electrónico (s) donde desea que se le envíe información y boletines:

Quedo enterado (a) que el monto de la matrícula ((parcial o completo) NO ES REEMBOLSABLE.

Firma: _____ **CI** _____ **Fecha:** ____ / ____ / _____