

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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

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

DATOS DEL PADRE Y MADRE Y /O TUTOR

Nombre Papá: _____			
Grado académico: _____			
Ocupación: _____			
Estado Civil : <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Celular: _____			
E-mail: _____			
Nombre Mamá: _____			
Grado académico: _____			
Ocupación: _____			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viudo			
Celular: _____			
E-mail: _____			
¿Tiene casa propia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fijo (Casa/trabajo): _____		En caso de emergencia llamar al: _____	
Nombre: _____			

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

El/la tiene hermanos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Estudian en el colegio Adventista Santa Cruz: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de los hermanos edad que tienen y en que colegio estudian actualmente:			
Nombre:	Edad:	Colegio:	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

INFORMACIÓN SOBRE LA CONDUCTA FÍSICA

Puede ir al sanitario por si solo/a cuando lo necesita:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Requiere apoyo para después de la deposición:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Escribe su nombre: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Puede entablar una conversación claramente y sin problemas:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene alergia o usa algún medicamento especial: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cual?: _____	
El estudiante requiere cuidados especiales por razones de salud, o está en tratamiento con algún médico		

especialista como Neurólogo, fonoaudiólogo u otro:

 Si 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, ¿Estaría dispuestos a realizarla?

 Si No

La Comisión de Admisión enviará un mensaje de confirmación y bienvenida a los estudiantes admitidos para la gestión 2025 en un plazo de 72 horas posterior a la entrevista.

Serán criterios a tomar en cuenta para las admisiones:

- Cumplir con todos los requerimientos del colegio.
- Hermanos estudiando en la Unidad Educativa.
- Cupos disponibles y fechas de postulación.
- Los postulantes neurodiversos ingresan a lista de espera para habilitación de cupo correspondiente.

OBSERVACIONES

Firma del apoderado(a)

Nombre del apoderado(a)

CI. del apoderado(a)

Santa Cruz, _____ de _____ 202_____