



FICHA DE ADMISIÓN

Código: SERCLI-REG-015

Fecha de Elaboración: 21 de abril del 2014

Fecha última Aprobación: 08 de Abril del 2016

Revisión: 01

Elaborado: Renato López

Revisado: Lourdes Sánchez

Aprobado: Renato López

Fecha recepción de la solicitud:

No. de Solicitud:

La información suministrada será tratada en forma estrictamente confidencial**DATOS PERSONALES - ASPIRANTE**

Nombres y apellidos:

Lugar y fecha de nacimiento:

Edad al 29 / Diciembre / 2016

años

meses

Cédula/documento de identidad:

Nacionalidad:

E-mail:

Grado o curso al que aplica:

Reingreso:

SI

NO

EDUCACIÓN PREVIA**NOTAS**

| Instituciones a las que concurrió | Ciudad | Período cursado | Rendimiento | Comportamiento | Fecha de salida |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------|----------------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Posee alguna necesidad educativa especial?

SI NO

Cuál?

En caso de ser positiva la respuesta adjuntar el INFORME DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA**INFORMACION DE SALUD***Marque sí o no:*

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----|--------------|------------------------------------|----|----|--------------|----|
| Alergias | SI | NO | Especifique: | Enfermedades graves | SI | NO | Especifique: | |
| Problemas auditivos | SI | NO | Especifique: | Tiene intolerancia a algo? | SI | NO | Especifique: | |
| Problemas visuales | SI | NO | Especifique: | Tiene problemas ortopédicos | SI | NO | Especifique: | |
| Accidentes o Cirugías | SI | NO | Especifique: | Utiliza alguna medicina permanente | SI | NO | Especifique: | |
| Tipo de sangre | Autoriza a que en caso de necesitar, se le proporcione medicamentos a su hijo/a: | | | | | | SI | NO |
| Médico/s que lo trata/n: | Nombre/s | | | Teléfono/s: | | | | |

DATOS PERSONALES - PADRES/REPRESENTANTES

| | Padre del aspirante | | Madre del aspirante | |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nombres | | | | |
| Apellidos | | | | |
| Lugar de nacimiento | | Fecha nacimiento: | | Fecha nacimiento: |
| Estado Civil | | Nacionalidad: | | Nacionalidad: |
| Cédula/documento de identidad No. | | | | |
| Número de hijos | | | | |
| Dirección domiciliaria | | | | |
| Barrio | | | | |
| Parroquia | | | | |
| Ciudad | | | | |
| Número teléfono convencional | | | | |
| Número teléfono celular | | | | |
| Ex estudiante Atenas? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Representante académico | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Representante económico | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

| | Padre del aspirante | Madre del aspirante |
|--|---------------------|---------------------|
| Profesión | | |
| Cargo/ocupación | | |
| Nombre de la empresa | | |
| Dirección Laboral | | |
| Ciudad | | |
| Número teléfono convencional (lugar trabajo) | | |
| Dirección e-mail | | |

ESTRUCTURA FAMILIAR:

El/La aspirante vive con:

 Padre y madre Sólo con madre Sólo con padre Tío Abuelos patern Abuelos matern Padre y madrast Madre y Padrastr
 Otros Especifique - Nombres completos: _____ Parentesco: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

| | |
|--------------------------------------|---|
| Nombre de Contacto: | Familiar <input type="checkbox"/> Parentesco: _____ |
| No. Teléfono convencional y celular: | Médico <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN ADICIONAL DE OTROS HIJOS

| Institución | Nombre del/la estudiante | Grado o Curso | Edad |
|--|--------------------------|---------------|------|
| UE Atenas <input type="checkbox"/> Otra (especifique) <input type="checkbox"/> | | | |
| UE Atenas <input type="checkbox"/> Otra (especifique) <input type="checkbox"/> | | | |
| UE Atenas <input type="checkbox"/> Otra (especifique) <input type="checkbox"/> | | | |
| UE Atenas <input type="checkbox"/> Otra (especifique) <input type="checkbox"/> | | | |

INFORMACIÓN PARA EL DÉBITO BANCARIO DE PENSIONES
INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN MENSUAL

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------------------|
| Seleccione el banco para débito mensual de pensión Produbanco <input type="checkbox"/> Pichincha <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> | # de Cuenta para el débito bancario | Tipo de Cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | Nombre o razón social: |
| Nombres y apellidos del titular de la cuenta | | | Dirección: |
| | | | Cédula o RUC: |

INFORMACIÓN DE SERVICIOS OPCIONALES

| | | |
|---|--|---|
| Requiere TRANSPORTE : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique dirección mañana: _____ Especifique dirección tarde: _____ | Favor, adjunte un croquis de las direcciones Domicilio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Domicilio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Requiere LUNCH * : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> *Es el menú disponible en recreo |
|---|--|---|

Nota Importante: En caso de confirmar que la información emitida **NO ES VERÍDICA**, la Unidad Educativa Atenas se reserva el derecho de admisión.

Me comprometo a comunicar inmediatamente a la UNIDAD EDUCATIVA ATENAS, cualquier cambio que hubiese en la información suministrada y autorizo a verificar todos los datos contenidos en la presente solicitud

Firma Padre de Familia

Firma Madre de Familia

Firma Representante Académico/Legal

ESPACIO RESERVADO PARA USO DE LA UNIDAD EDUCATIVA ATENAS

| | | |
|--|--|--|
| ADMITIDO/A SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | FECHA DE REUNIÓN DE COMITÉ ADMISIONES | FIRMA PRESIDENTE COMITÉ DE ADMISIONES |
|--|--|--|

Se elimina : Nombre del Representante Académico (Representante Legal), * Aplica para Educación Inicial y 1ro. de Educación General Básica, representante Económico - pago pensión, NEGAR , fecha de pruebas de INGLES(Aplica desde los ingresos a 4to. Grado de Educación General Básica en adelante)