



**MATRICULA 2022**

**NIVEL:** \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del estudiante:		Numero de Identificación:			Sexo:		
Estudiante Extranjero Si No		País:		Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección actual		Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Especifique:		Numero de Poliza			Fecha de vigencia		
Correo electrónico:		Números de teléfono: casa		Celular del Estudiante			
Recibe adecuación curricular Si ( ) No ( )		Cual?	Significativa ( )	No Significativa ( )		De acceso ( )	
Centro Educativo de procedencia:		Recibe Religión			SI ( ) NO ( )		
Nombre de la encargo legal:		Fecha de nacimiento	Número de identificación:	Estado Civil		Nacionalidad	
Ocupación:		Lugar de trabajo:			Número de teléfono:		
Vive con el estudiante		SI ( )	NO ( )	Numero de Celular			
Correo electrónico:		Escolaridad:	P.Completa	P.Incompleta	S.Completa	S.Incompleta	Est. Univ
Nombre del padre:		Fecha de nacimiento	Número de identificación:	Estado Civil		Nacionalidad	
Ocupación:		Lugar de trabajo:			Número de teléfono:		
Vive con el estudiante		SI ( )	NO ( )	Numero de Celular			
Correo electrónico:		Escolaridad:	P.Completa	P.Incompleta	S.Completa	S.Incompleta	Est. Univ
Nombre de la persona encargada:		Fecha de nacimiento	Número de identificación:	Estado Civil		Nacionalidad	
Ocupación:		Lugar de trabajo:			Número de teléfono:		
Correo electrónico:		Escolaridad:	P.Completa	P.Incompleta	S.Completa	S.Incompleta	Est. Univ

Cuantos parientes viven con el o la estudiante

Su grupo familiar habita casa:	Propia	Alquilada	Prestada	Precario	
Estado de la casa donde vivo:	Excelente	Muy buena	Regular	Mala	
Su familia recibe algún beneficio social:	SI ( ) No ( )	Transporte	Beca	Comedor	Otro

Salario Aproximado: \_\_\_\_\_

Si tiene algún tipo de necesidad y requiere ayuda anótela y justifique: \_\_\_\_\_

ESTADO DE SALUD			
Padece de alguna enfermedad	SI ( )	No ( )	Cual?
Toma algun medicamento	SI ( )	NO ( )	Cual?
Sufre de Alergias?	SI ( )	No ( )	Cual?

Recuerde que en caso de que si hijo ( a ) tome algun medicamento, la responsabilidad de su administracion corresponde a usted, o a quien usted designe. La escuela no asume responsabilidad al respecto.

AUTORIZACIONES	
Si ( ) No ( ) Autoriza a su hijo ( a ) para que sea retirado por las siguientes personas: Nombre: _____ cédula: _____	
Nombre: _____ cédula: _____	
Si ( ) No ( ) Autoriza a su hijo (a) para que reciba en la institución los medicamentos referidos por un especialista: _____	
Si ( ) No ( ) Autoriza la utilización de fotografías con fines educativos en medios sociales.	
Si ( ) No ( ) Autoriza que su hijo/a reciba lecciones de Educación Religiosa.	

DOCUMENTOS PRESENTADOS EN LA MATRICULA

Fotocopia de Constancia de Nacimiento (Nuevo Ingreso)	
Copia de las cédulas del padre, madre y encargado/a	
Original y Copia de Tarjeta de Vacunas	
Fotocopia y original de nota anterior	
Poliza INS	
CUOTA VOLUNTARIA	

Doy fe de que la informacion antes mencionada es verdadera, además de cumplir como padre de familia o encargado legal con la disposiciones del Reglamento Interno de la institucion y Reglamento Evaluaci de los Aprendizajes del Ministerio de Educacion Pública

\_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o encargado legal

\_\_\_\_\_

Fecha de matricula

\_\_\_\_\_

Nombre del funcionario que recibe

\_\_\_\_\_

Firma