



FICHA DE DATOS DEL POSTULANTE 2022

FECHA DE INSCRIPCION

--	--	--

1.- DATOS DEL ESTUDIANTE: (favor escribir letra de IMPRENTA)

APELLIDOS:

NOMBRES:

N° D.N.I.: SEXO: M F EDAD ACTUAL: AÑOS MESES

POSEE APELLIDOS DE AMBOS PADRES SÓLO DE PAPÁ SÓLO DE MAMÁ

FECHA DE NACIMIENTO: DISTRITO: PROV.

DEPARTAMENTO: UBIGEO DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO: DISTRITO:

EDAD QUE INGRESÓ AL SISTEMA EDUCATIVO: AÑO:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA:

DISTRITO:

NÚMERO DE HERMANOS EN EL COLEGIO: LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS:

2.- DATOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD AFILIADO

ASEGURADO POR: S. I. S. ESSALUD PARTICULAR CUÁL

EN CASO DE EMERGENCIA LLEVARLO AL CENTRO DE SALUD:

GRUPO SANGUÍNEO:

PESO ACTUAL: TALLA:

ALÉRGICO A :

VACUNACION: COMPLETA INCOMPLETA SIN VACUNACION

3. DATOS DEL ESTUDIANTE ASOCIADOS A NECESIDADES ESPECIALES: (SÓLO LLENAR SI CORRESPONDE)

ASOCIADAS A DISCAPACIDAD NEE

CUENTA CON APOYO: SI NO

VISITA AL SANAЕ: SEMANAL QUINCENAL MENSUAL

ADJUNTA INFORME PSICOPEDAGOGICO: SI NO

4.- DATOS FAMILIARES:

DATOS	PADRE	MADRE	APODERADO
Apellido paterno			
Apellido materno			
Nombres			
Fecha de nacimiento de los padres			
D.N.I. N°			
N° Celular			
N° Teléfono fijo			
Correo electrónico			
Domicilio actual			
Ubigeo de nacimiento			
Edad			

Vive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Vive con el estudiante	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Estado civil					
Religión que profesa					
Grado de instrucción					
Profesión					
Ocupación actual					
Centro de trabajo					
Dirección del trabajo					
Teléfono del trabajo					
¿Asistió Escuela de padres el año anterior?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Asistió a Jornadas espirituales el año anterior	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso de emergencia llamar al teléfono :	1.-		2.-		
Personas autorizadas a recoger a mi hijo(a) en caso de emergencia					
Firma					

5.- DATOS SOBRE EL NACIMIENTO Y DESARROLLO DEL ESTUDIANTE: (SÓLO NIVEL INICIAL)

PARTO: NORMAL: CESÁREA INVOLUNTARIA: CESÁREA PROGRAMADA:

TUVO COMPLICACIONES:

EDAD A LA QUE LEVANTÓ SU CABEZA

SE PARÓ FIRMEMENTE

EMITIÓ SUS PRIMERAS PALABRAS

HABLÓ CORRECTAMENTE:

EDAD EN QUE CAMINÓ SIN AYUDA