



- SOLICITUD DE NUEVO INGRESO 20\_\_ -

PARVULARIA   
  INICIAL   
  PRE-KINDER   
  KINDER   
  PREPARATORIA

**EDUCACIÓN BÁSICA: I, II Y III CICLO**

PRIMERO   
 SEGUNDO   
 TERCERO   
 CUARTO   
 QUINTO   
 SEXTO   
 SEPTIMO   
 OCTAVO   
 NOVENO

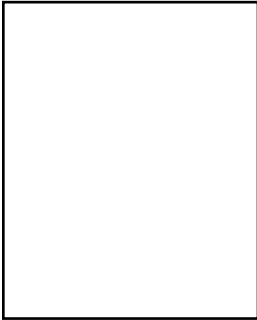
**EDUCACIÓN MEDIA**

BACHILLERATO GENERAL CON DIPLOMADO EN IDIOMA INGLÉS.	PRIMERO <input type="radio"/>	SEGUNDO <input type="radio"/>	
BACHILLERATO TÉCNICO VOCACIONAL ADMINISTRATIVO CONTABLE.	PRIMERO <input type="radio"/>	SEGUNDO <input type="radio"/>	TERCERO <input type="radio"/>
BACHILLERATO TÉCNICO INDUSTRIAL DISEÑO GRÁFICO.	PRIMERO <input type="radio"/>	SEGUNDO <input type="radio"/>	TERCERO <input type="radio"/>
BACHILLERATO TÉCNICO INDUSTRIAL DESARROLLO DE SOFTWARE.	PRIMERO <input type="radio"/>	SEGUNDO <input type="radio"/>	TERCERO <input type="radio"/>
BACHILLERATO TÉCNICO VOCACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	PRIMERO <input type="radio"/>	SEGUNDO <input type="radio"/>	TERCERO <input type="radio"/>
BACHILLERATO TÉCNICO VOCACIONAL EN SERVICIOS TURÍSTICOS.	PRIMERO <input type="radio"/>	SEGUNDO <input type="radio"/>	TERCERO <input type="radio"/>
BACHILLERATO TÉCNICO VOCACIONAL EN ELECTRÓNICA.	PRIMERO <input type="radio"/>	SEGUNDO <input type="radio"/>	TERCERO <input type="radio"/>

**ATENCIÓN:** es de carácter obligatorio, llenar cada uno de los campos expuestos en la presente solicitud, de lo contrario no se recibirá documentación para matrícula.

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_



Género: M  F  Nacionalidad: Salvadoreña  Extranjera  Trabaja: Sí  No   
 Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ años. Antiguo Ingreso: Si  No  Estudió Parvularia: Sí  No   
 Tiene hermanos en la institución: Sí  No  Especifique en qué grado: \_\_\_\_\_  
 Repite grado: Sí  No  Posee alguna discapacidad: Sí  No  Especifique: \_\_\_\_\_  
 Partida de Nacimiento N°: \_\_\_\_\_ Libro: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_ NIE: \_\_\_\_\_  
 Dirección completa: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Zona Urbana  Zona Rural   
 Teléfono de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad: Sí  No  Especifique: \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento que utiliza: \_\_\_\_\_  
 Es alérgico a algún medicamento: \_\_\_\_\_  
 Si es nuevo ingreso mencione la institución de procedencia: \_\_\_\_\_

**MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZARÁ PARA LLEGAR AL CENTRO EDUCATIVO**

Propio   
 Público   
 Familiar   
 Peatonal   
 Otro

**PRÁCTICA RELIGIOSA:**

Fe Católica  Otra  Especifique: \_\_\_\_\_

**SACRAMENTOS REALIZADOS:** Bautizo  Primera Comunión  Confirmación  Ninguno

**NOTA IMPORTANTE:**  
 Si no practica la fe católica, al quedar matriculado en la institución, se compromete a respetar, participar y colaborar en todo evento religioso que la institución realice, sin objeción alguna.

## DATOS FAMILIARES

Situación de los padres: Casados por lo civil  Casados por la iglesia  Separados  Divorciados   
Unión libre  Viudo (a)  Madre Soltera  Fallecido Padre  Madre  Miembros de la familia: \_\_\_\_\_  
Vive con: Padre y Madre  Padre  Madre  Hermanos  Abuelo  Tíos  Otros   
Depende económicamente de: Padre y Madre  Padre  Madre  Hermanos  Abuelo  Tíos  Otros

## DATOS DEL PADRE

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección personal (Sólo si vive separado de su hijo/a): \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA MADRE

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección personal (Sólo si vive separada de su hijo/a): \_\_\_\_\_

## DATOS DEL RESPONSABLE, EN EL CASO DE NO SER EL PADRE O LA MADRE:

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Profesión u oficio: \_\_\_\_\_  
DUI: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo y celular: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

**Declaro bajo juramento que toda la información aquí descrita es verídica y comprobable.**

San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nombre del padre, madre o responsable: \_\_\_\_\_

F. \_\_\_\_\_