

ESPACIO ÚNICAMENTE PARA NUEVO INGRESO

ANTECEDENTES ESCOLARES

Nombre de la Escuela de Procedencia:

Último Promedio (BIMESTRAL ó FINAL):

¿Ha repetido algún grado escolar?

SI

NO

En caso afirmativo anotar ¿Cuál?

* ANTECEDENTES MÉDICOS

Favor de anotar si el solicitante padece alguna enfermedad que requiera medicamentos o tratamiento especial:

Reacción(es) esperada(s) al medicamento:

Presenta problemas de:

Visión

Oído

Ortopédicos

Otro

Ninguno

Tipo de SANGRE:

¿El solicitante es alérgico ha algún medicamento? SI NO ¿Cuál?

¿Qué reacciones presenta? (en caso afirmativo)

* DATOS DEL MÉDICO FAMILIAR

Nombre del Médico:

Domicilio:

Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia:

Código Postal:

Municipio:

Teléfono Particular

Radio:

Clave:

Teléfono Celular:

Teléfono Consultorio:

INFORMACIÓN

¿A través de que medio obtuvo información del Instituto Colón, A.C.?

Exalumno

Recomendación

Periódico

Promoción

Otro medio

NOTA: La información proporcionada es para uso exclusivo del INSTITUTO COLÓN por lo que deberá ser fidedigna ya que no nos hacemos responsables en caso de alguna eventualidad. Los datos que aparecen señalados con asteriscos (*) deben ser actuales, si no están llenos la solicitud no será aceptada.

Nombre y Firma del Padre, Madre ó Tutor.

El alumno no se considerará aceptado hasta no haber completado los requisitos que la Institución exige.

EN CASO DE 1ER. INGRESO:

Haber pasado el Examen de Admisión al grado solicitado.

Haberse presentado a la Entrevista Académica ó Psicopedagógica, tanto el alumno como los padres, según sea el caso.

Haber entregado la Documentación previamente solicitada.