

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**  
**Ciclo Escolar 2018 – 2019**

**MISIÓN DE LA FUNDACIÓN**

Somos una institución asistencial con 100 años de historia, sensible a las necesidades de la sociedad mexicana, comprometidos con nuestros niños, jóvenes, adultos mayores, colaboradores y familiares. Integramos una comunidad que permite a nuestros huéspedes vivir en plenitud y a nuestros estudiantes contar con una educación de excelencia y desarrollo humano integral, fundamentada en valores, conocimientos y desarrollo de habilidades acordes a las exigencias del mundo actual.

**VISIÓN DE LA FUNDACIÓN**

Ser siempre una Institución Asistencial sólida y reconocida como un modelo a seguir en la búsqueda permanente de la excelencia en la atención y mejora de la calidad de vida de adultos mayores; así como en la educación y formación de estudiantes con un alto sentido de reciprocidad con la Fundación y la sociedad. Queremos el continuo crecimiento en la asistencia a beneficiarios menos favorecidos, mediante la obtención de donativos recurrentes y contando con personal apasionado y orgulloso de su contribución.

(IMPRIMIR EN HOJA TAMAÑO OFICIO Y LLENAR CON TINTA NEGRA Y LETRA DE MOLDE)

Sección:  Preescolar  Primaria  Secundaria  Preparatoria Grado que solicita:

Estimados Padres de Familia:

Requerimos que la información sea verídica, ya que al comprobar lo contrario, nos veremos en la obligación de invalidar su Solicitud de Admisión.

El Instituto y el Patronato de la Fundación se reservan el Derecho de Admisión.

FOTO DE LA  
ASPIRANTE  
RECIENTE  
A COLOR

**I. DATOS PERSONALES DE LA ASPIRANTE:**

**NOMBRE COMPLETO**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

**DOMICILIO:**

Calle y número

Colonia

C.P.

Delegación o Municipio

Teléfono(s)

**LUGAR DE NACIMIENTO:**

Estado

Delegación o Municipio

Ciudad

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**EDAD:** \_\_\_\_\_  
Años Meses

**C.U.R.P:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONOS ADICIONALES DE LAS PERSONAS EN DÓNDE SE PUEDA SOLICITAR O DEJAR INFORMACIÓN.**

NOMBRE	TELÉFONO	HORARIO

## II. ESCOLARIDAD

Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### ESCUELAS EN DÓNDE REALIZÓ LOS ESTUDIOS ANTERIORES:

Preescolar: \_\_\_\_\_

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido grados? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
SI / NO

Causas: \_\_\_\_\_

¿Recibió en la Escuela clases de inglés? \_\_\_\_\_ ¿En qué grados? \_\_\_\_\_  
SI / NO

¿Ha tomado cursos extraescolares de inglés? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_  
SI / NO

¿En qué Institución? \_\_\_\_\_

Otros estudios realizados: \_\_\_\_\_

Realiza actividades extraescolares \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
SI / NO

¿Quién acompaña a la aspirante para la realización de tareas por las tardes? \_\_\_\_\_

## III. DATOS FÍSICOS Y DE SALUD:

¿Hubo algún problema durante el embarazo? \_\_\_\_\_ Especifique ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
SI / NO

¿Hubo alguna complicación durante el parto? \_\_\_\_\_ Especifique ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
SI / NO

Tipo de anestesia \_\_\_\_\_ Llanto espontáneo \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Uso de fórceps \_\_\_\_\_  
SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO

Sufrimiento fetal \_\_\_\_\_ Faltó oxígeno \_\_\_\_\_ Ictericia (piel color amarillo) \_\_\_\_\_  
SI / NO SI / NO SI / NO

Cianosis (piel color morado o negro) \_\_\_\_\_  
SI / NO

APGAR: \_\_\_\_\_

Mencione las enfermedades que ha padecido su hija: \_\_\_\_\_

Tiene reacciones alérgicas a: Medicamentos \_\_\_\_\_ Alimentos \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de Sangre y RH: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

**Indique, señalando con una X si la aspirante actualmente padece alguno de los siguientes problemas de salud:**

Anemia _____	Migraña _____	Prob. Ortopédicos _____	Prob. Gastrointestinales _____
Auditivos _____	Hepatitis _____	Prob. Cardiacos _____	Tatuajes _____
Asma _____	Hipertensión _____	Prob. Respiratorios _____	Perforaciones _____
Diabetes _____	Hipotensión _____	Prob. Convulsivos _____	Usa lentes _____

Especifique: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

VACUNAS Cartilla Completa \_\_\_\_\_ Cartilla Incompleta \_\_\_\_\_

Vacunas pendientes \_\_\_\_\_

En caso de emergencia especifique hospital o clínica que autoriza: \_\_\_\_\_

**NOTA: Si se omite alguna información importante, el Instituto Mier y Pesado no se hace responsable de las posibles consecuencias.**

## IV. ASPECTO RELIGIOSO

¿Profesan alguna religión? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
SI / NO

Si son católicos, ¿su hija fue bautizada? \_\_\_\_\_ ¿Recibió la Primera Comunión? \_\_\_\_\_ ¿Está confirmada? \_\_\_\_\_  
SI / NO SI / NO SI / NO

¿Se está preparando para recibir algún Sacramento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
SI / NO

¿A qué Parroquia pertenecen? \_\_\_\_\_

¿Consideran importante la formación religiosa y moral de su(s) hija(s)? \_\_\_\_\_ SI / NO

¿Por qué?

---

---

---

---

---

---

---

---

**V. DATOS FAMILIARES**

Marcar con una X la situación de los padres:

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matrimonio Civil         | Matrimonio eclesiástico  | Unión libre              | En proceso de divorcio   | Segundas nupcias         | Divorcio                 | Madre soltera            | Padre soltero            | Viven separados          | Viudez                   |

Cómo vive esta situación: \_\_\_\_\_.

DATOS DEL PADRE  O TUTOR AUTORIZADO

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_



Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Calle y número	Colonia		
C.P.	Delegación o Municipio	Teléfono(s)	Correo electrónico

GRADO DE ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_.

ESPECIFICAR OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_.

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_.

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número	Colonia		
C.P.	Delegación o Municipio	Teléfono(s)	Correo electrónico

HORARIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_.

DATOS DE LA MADRE  O TUTOR AUTORIZADO

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_



Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Calle y número	Colonia		
C.P.	Delegación o Municipio	Teléfono(s)	Correo electrónico

GRADO DE ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_.

ESPECIFICAR OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_.

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_.

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número	Colonia		
C.P.	Delegación o Municipio	Teléfono(s)	Correo electrónico

HORARIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_.

**NOTA: ANEXAR COPIA DEL ÚLTIMO COMPROBANTE DE INGRESOS DE AMBOS PADRES; EN CASO DE TRABAJAR POR SU CUENTA, ELABORAR UNA CARTA ESPECIFICANDO EL INGRESO MENSUAL.**

**INGRESOS MENSUALES**

Nombre	Parentesco con la aspirante	Empresario	Empleado	Honorarios	Pensionado	Empleo informal	Ingresos mensuales aproximados \$

TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES MENSUALES

**EGRESOS MENSUALES**

CONCEPTO	IMPORTE \$	CONCEPTO	IMPORTE \$
Renta o pago de crédito casa-habitación		Libros y materiales escolares	
Pago de hipoteca		Gasolina y transporte	
Servicios: agua+electricidad+télefono+celular+cable+otros		Seguros de vida+auto+casa+médicos+otros	
Impuestos (predial+tenencia, etc.)		Gastos médicos	
Alimentos y despensa		Mantenimiento de la casa	
Ropa y calzado		Servicio doméstico	
Créditos comerciales y tarjetas de crédito		Diversiones y entretenimiento	
Crédito de automóvil		Vacaciones	
Colegiaturas		Otros gastos (especifique)	

TOTAL DE EGRESOS FAMILIARES MENSUALES

RESULTADO DE INGRESOS MENOS EGRESOS

**ANOTAR LOS DATOS DE LOS HIJOS EN ORDEN CRONOLÓGICO INCLUYENDO A LA ASPIRANTE:**

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	DEPENDEN DE LA FAMILIA (SI o NO)

La casa que habitan es: Propia  SI/NO Rentada  SI/NO Otro: \_\_\_\_\_.

¿La niña vive con ambos padres?  SI/NO Sólo con el padre  SI/NO Sólo con la madre  SI/NO

¿Cuál es la causa? \_\_\_\_\_.

Si no vive con sus padres, ¿con quién vive? \_\_\_\_\_.

¿Cuál es la causa? \_\_\_\_\_.

Otras personas que dependen de la familia:

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	CAUSA

¿Tiene hermanas en el Instituto?  SI/NO

\_\_\_\_\_ NOMBRE SECCIÓN GRADO GRUPO


Otros familiares que estudian o trabajan en la Fundación y/o Instituto Mier y Pesado:

NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN O GRADO QUE CURSAN

Persona allegada al Instituto Mier y Pesado que recomienda su ingreso:

NOMBRE	RELACIÓN

**VI. INFORMACIÓN ADICIONAL**

**INDIQUE EL MOTIVO DE SU SOLICITUD DE INGRESO A ESTE INSTITUTO**

---



---



---



---



---

**OBSERVACIONES:**

Las entrevistas que se programen vía electrónica con las Directoras del Instituto, sólo se realizarán de lunes a viernes deberán acudir ambos padres de familia y aspirante.

Lea y si está de acuerdo, firme el aviso de privacidad que se anexa en la parte final de la presente solicitud.

Al ser aceptada e inscrita su hija en el Instituto Mier y Pesado su familia y la alumna adquieren el **compromiso** serio de cumplir todos los aspectos que aparecen en la FILOSOFIA y REGLAMENTO INSTITUCIONAL.

ACEPTO SI  NO

**Declaramos bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en la presente solicitud, son verídicos, completos y que los documentos que presentamos son auténticos; de igual manera, autorizamos a la Fundación Mier y Pesado, I.A.P., y/o Instituto Mier y Pesado investigue y corrobore la información.**

**Acepto que la presente solicitud no tendrá efecto de no presentar los documentos requeridos.**

**EXPRESEN ESTE COMPROMISO CON SU NOMBRE Y FIRMA**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre de la aspirante



# Fundación Mier y Pesado, I.A.P. Instituto Mier y Pesado

## AVISO DE PRIVACIDAD INSCRIPCION

### I. Responsable de la recopilación y manejo de los Datos Personales.

**Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (“Instituto Mier y Pesado”) con domicilio en Calzada de Guadalupe número 540, Colonia Industrial. Delegación Gustavo A. Madero México, D.F. C.P. 07800, es responsable de la recopilación y el manejo de datos personales recabados a través de los formatos Institucionales incluidos en el sobre de Inscripción, en términos de lo que establecen los artículos 3° fracción XIV, 14, 15, y 16 de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares** (LFPDPPP).

### II. Finalidades del Tratamiento de sus Datos Personales.

Los datos recabados por el **Instituto Mier y Pesado** en los formatos y fichas contenidas en el **Sobre de Inscripción**, serán utilizados para que, en caso de que la aspirante sea aceptada, se puedan realizar los trámites de inscripción tanto internos, como ante las autoridades educativas locales y federales.

Esta información incluye datos personales que son considerados por la **LFPDPPP** como **patrimoniales**, relativos a los ingresos que perciben los padres de la alumna, egresos, sueldo, bienes muebles, vivienda. Asimismo, le informamos que, con el fin de contar con información que nos permita comunicarnos con un contacto de la aspirante en caso de que ocurra una situación de emergencia, así como para brindar una primera atención o brindarle la ayuda necesaria si ésta sufre de algún padecimiento o alguna condición especial, el Instituto requiere que se le proporcionen una serie de datos personales (**ficha médica**) clasificados como **sensibles** tales como: grupo sanguíneo, alergias, estado de salud, enfermedades, antecedentes heredofamiliares y demás información recabada en el examen médico solicitado por el Instituto, así como la religión.

La **Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (**Instituto Mier y Pesado**) se compromete a que ésta información será tratada bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad. Si usted desea ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, o revocar su consentimiento deberá enviar su solicitud a la dirección de correo electrónico: [arco@fundacionmierypesado.org.mx](mailto:arco@fundacionmierypesado.org.mx)

De conformidad con lo que establecen los artículos 8º y 9º de la LFPDPPP, requerimos de su consentimiento expreso para recabar y manejar dicha información, por lo que, como representante legal de la menor, en términos del artículo 425 del Código Civil Federal, le solicitamos nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido que de no hacerlo, no estaremos en posibilidad de considerarla dentro del proceso de admisión de la Institución Educativa.

Consiento y autorizo que mis datos personales sensibles, y patrimoniales, así como los de mi hija sean tratados conforme a lo previsto en el presente consentimiento y conforme al aviso de privacidad **de la Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (**Instituto Mier y Pesado**).

Nombre de la Alumna:

\_\_\_\_\_

Nombre /Firma del  
Solicitante:

\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_