

ESCOLARIDAD

[Empty text box for school name]

Escuela de Procedencia

[Empty text box for address]

Dirección

[Empty text box for phone number]

Teléfono(s)

ESCUELAS EN DÓNDE REALIZÓ LOS ESTUDIOS ANTERIORES:

Preescolar [Empty text box]

Primaria: [Empty text box]

Secundaria: [Empty text box]

¿Ha repetido grado? Sí NO ¿Cuál? [Empty text box]

Causas:

¿Tiene una certificación de inglés? Sí NO ¿Cuál?: [Empty text box]

Realiza actividades extraescolares Sí NO ¿Cuáles?: [Empty text box]

Institución y Horario

¿Quién acompaña al alumno (a) en la realización de tareas por las tardes? _____

II. DATOS FÍSICOS Y DE SALUD DEL ASPIRANTE:

¿Hubo algún problema durante el embarazo? No () Sí () Especifique _____

¿Hubo alguna complicación durante el parto? No () Sí () Especifique _____

Tipo de anestesia _____ Llanto espontáneo sí() no() Cesárea sí() no() Uso de fórceps sí() no()

Sufrimiento fetal sí () no () Faltó oxígeno sí() no() Ictericia (piel color amarillo) sí() no()

Cianosis (piel color morado o negro) sí () no()

APGAR: _____

Mencione las enfermedades que ha padecido su hijo (a): [Empty text box]

Tiene reacciones alérgicas a: Medicamentos Sí NO Alimentos Sí NO

Especifique: [Empty text box]

Tipo de Sangre y RH: [Empty text box]

Peso: [Empty text box]

Estatura: [Empty text box]

Indique, señalando con una X si el aspirante tiene actualmente alguno(s) de los siguientes padecimientos:

Anemia	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	Ortopédicos	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>
Auditivos	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Cardiacos	<input type="checkbox"/>	Visuales	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Respiratorios	<input type="checkbox"/>	Emocionales	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Convulsivos	<input type="checkbox"/>	Aprendizaje	<input type="checkbox"/>
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	Motriz	<input type="checkbox"/>	Neurológicos	<input type="checkbox"/>		

Especifique:

Otro:

VACUNAS Cartilla Completa Cartilla Incompleta

Vacunas pendientes

III. ASPECTO RELIGIOSO.

¿Qué religión profesan? Si son católicos, su hijo(a): ¿Fue bautizado(a)? Sí NO

¿Recibió la Primera Comunión? Sí NO ¿Está confirmado? Sí NO

¿Se está preparando para recibir algún Sacramento? Sí NO ¿Cuál?

¿A qué Parroquia pertenecen?

¿Consideran importante la formación religiosa y moral de su(s) hijos(as)? Sí NO

¿Por qué?

IV. DATOS FAMILIARES

Marcar con una X la situación de los padres:

- Matrimonio Civil
- Matrimonio Religioso
- Unión libre
- En proceso de divorcio
- Segundas nupcias
- Divorcio
- Madre soltera
- Padre soltero
- Viven separados
- Viudez

Otra situación



DATOS DEL PADRE

O TUTOR

DOCUMENTOS QUE LO AVALEN

SI

NO

NOMBRE COMPLETO:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre(s)

DOMICILIO:

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico personal

EDAD:

ÚLTIMO GRADO DE ESCOLARIDAD:

PROFESIÓN:

ESPECIFICAR OCUPACIÓN:

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía

Teléfono(s)

HORARIO DE TRABAJO:

ANTIGÜEDAD:



DATOS DE LA MADRE

O TUTORA

DOCUMENTOS QUE LO AVALEN

SI

NO

NOMBRE COMPLETO:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre(s)

DOMICILIO:

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Correo electrónico personal

EDAD:

ÚLTIMO GRADO DE ESCOLARIDAD: PROFESIÓN:

ESPECIFICAR OCUPACIÓN:

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número Colonia
 C.P. Alcaldía Teléfono(s)

HORARIO DE TRABAJO: ANTIGÜEDAD:

V. SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR

INGRESOS MENSUALES

Nombre	Parentesco	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+teléfono+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

VI. ANOTAR LOS DATOS DE LOS HIJOS EN ORDEN CRONOLÓGICO, INCLUYENDO AL ASPIRANTE:

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

La casa que habitan es: Propia Rentada Otro:

¿El aspirante vive con ambos padres? Sólo con el padre Sólo con la madre

¿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 hermanos en la Escuela actualmente? Sí NO

Tiene familiares que estudian o trabajan en la Fundación Mier y Pesado

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	OCUPACIÓN O SECCIÓN CON GRADO y GRUPO QUE CURSAN

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

INDIQUE EL MOTIVO DE SU SOLICITUD DE INGRESO A ESTA ESCUELA

¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DE LA ESCUELA?

OBSERVACIONES:

Al ser aceptado en la Escuela Mier y Pesado, el aspirante y la familia adquieren el **compromiso** de cumplir con todos los lineamientos señalados en Reglamento interno de la Escuela.

ACEPTO Sí NO

Declaramos que los datos asentados en esta solicitud, son verídicos, completos y que los documentos que presentamos son auténticos; de igual manera autorizamos que la Escuela Mier y Pesado investigue y corrobore la información.

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

Nombre y Firma del Padre o Tutor
Responsable del aspirante

Nombre y Firma de la Madre o Tutora
Responsable del aspirante

Nombre del aspirante

Fecha: _____

PARA PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, UNA VEZ CONCLUIDO EL PROCESO DE ADMISIÓN DE LA ESCUELA, SERÁN DESTRUIDAS LAS SOLICITUDES DE ASPIRANTES QUE NO CONTINUEN

ESCUELA MIER Y PESADO

AVISO DE PRIVACIDAD

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

Fundación Mier y Pesado I.A.P., (Escuela Mier y Pesado) con domicilio en calle General Anaya No.371 Col. Del Carmen Delegación Coyoacán México, D.F. C.P. 04100, 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 la **Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (Escuela Mier y Pesado) en los formatos y fichas contenidas en el **Sobre de Inscripción**, serán utilizados para que, en caso de que el aspirante sea aceptado, 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 del alumno, vivienda propia o renta. Asimismo, le informamos que, con el fin de contar con información que nos permita comunicarnos con un contacto del aspirante en caso de que ocurra una situación de emergencia, así como para brindar una primera atención o brindarle la ayuda necesaria si éste sufre de algún padecimiento o alguna condición especial, la escuela 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 la Institución.

La **Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (**Escuela Mier y Pesado**) se compromete a que esta 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

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 del 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 considerarlo dentro del proceso de admisión de la Institución Educativa.

Consiento y autorizo que mis datos personales sensibles, y patrimoniales, así como los de mi hijo(a) 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.**, (**Escuela Mier y Pesado**).

Nombre del Aspirante: _____

Nombre /Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____
DÍA/MES/AÑO