

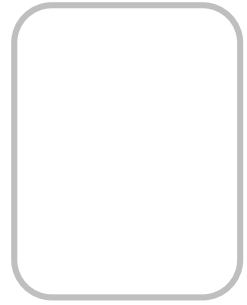


Summerhill School

Love & Wisdom

Pre-escolar * Primaria * Bachillerato

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Fecha: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: Años: _____ Meses: _____

Dirección: _____ Grado al que aspira: _____

El estudiante vive con: _____

Tiene hermanos vinculados a nuestra institución: Si No

Nombre completo del hermano vinculado a la Institución y curso actual:

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del padre: _____ C.C.: _____

Último nivel de educación completa: Posgrado Universitario Tecnológico Técnico Bachiller

Universidad: _____ Profesión: _____

Empresa donde trabaja: _____

Desempeño laboral actual: _____ Antigüedad: _____

Dirección trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección residencia: _____ Barrio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Mail: _____

Nombre de la madre: _____ C.C.: _____

Último nivel de educación completa: Posgrado Universitario Tecnológico Técnico Bachiller

Universidad: _____ Profesión: _____

Empresa donde trabaja: _____

Desempeño laboral actual: _____ Antigüedad: _____

Dirección trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección residencia: _____ Barrio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Mail: _____

Estado civil: Padre/madre soltero (a) Separados Viudo Matrimonio vigente Unión libre

Religión: _____

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE:

Por favor relacione desde el primer grado de preescolar hasta el último relacionado por el (la) estudiante, colegio y año respectivo.

| CURSO | COLEGIO | AÑO |
|-------|---------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre: _____ C.C.: _____

Profesión: _____ Empresa _____ donde trabaja: _____

Dirección trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección Residencia: _____ Barrio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Mail: _____

Parentesco con el estudiante: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Avisar a: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

EPS : _____ Afiliación N°: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Clínica: _____ Dirección: _____

Medicina Prepagada: _____ Contrato N°: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Clínica: _____ Dirección: _____

¿Por qué medio conoció el colegio y cuáles fueron las razones que lo motivaron a buscar la vinculación?

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

FIRMA DEL ACUDIENTE