



**REGISTRO ACUMULATIVO SOCIOECONÓMICO
(FICHA DE INSCRIPCIÓN)**

FOTO

DATOS DEL ESTUDIANTE:

| | | | |
|--|--|-----------------------------|--|
| Apellidos: | | Nombres: | |
| Grado/Curso que postula: | | # Cédula: | |
| Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ <small>DD MM AAAA</small> | | Lugar de nacimiento: | |
| Dirección Domiciliaria: | | | |
| Teléfono Celular | | Operadora: | |
| Teléfono convencional: | | E-mail personal: | |
| En caso de emergencia comunicarse con: | | Parentesco: | |
| Teléfono celular: | | Teléfono convencional: | |
| Nº de hermanos que tiene en la Institución: | | | |
| Posee alguna Necesidad Educativa Especial: Si () No () | | Porcentaje de discapacidad: | |
| Requiere ayudas técnicas: Si () No () | | ¿Cuál? | |
| Ha recibido terapia psicológica: Si () No () | | ¿Por qué? | |
| Ha realizado terapia de lenguaje u ocupacional Si () No () ¿Por qué? | | | |
| Posee Algún problema de aprendizaje. Si () No () ¿Cuál? | | | |

LOS PADRES DEL ESTUDIANTE SON:

Casados Civil () Casados Civil y Eclesiástico () Separados ()
Divorciados () Unión de Hecho () Viudo ()

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

| | | |
|--|------------------|---------|
| C.I.: | Apellidos: | Nombre: |
| Dirección Domiciliaria: | | |
| Teléfono Celular: | Operadora: | |
| Teléfono convencional: | E-mail personal: | |
| Parentesco: | Religión: | |
| Motivo por el cual cambia de Institución a su representado/a: | | |

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE ECONÓMICO (FACTURACIÓN):

| | |
|-------------------------|------------------|
| RUC/C.I.: | Parentesco: |
| Apellidos: | Nombres: |
| Teléfono Celular: | Operadora: |
| Teléfono convencional: | E-mail personal: |
| Dirección Domiciliaria: | |

ANTECEDENTES ESCOLARES

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| I.- DATOS DEL/ LA NIÑO/A RECIÉN NACIDO | | |
| Peso al nacer: | Talla al nacer: | Edad en que empezó a caminar: |
| Edad a la que habló por primera vez: | | Período de lactancia: |
| Edad hasta la cual utilizó biberón: | Edad en que aprendió a controlar esfínteres: | |
| II.- ETAPA PRE-ESCOLAR (INICIAL) | | |
| Nombre de la Institución: | | Lugar: |
| No estudió () | Motivo: | |





| | |
|---|----------|
| III.- INSTITUCION DONDE TERMINÓ SEPTIMO AÑO EDUCACION GENERAL BASICA | |
| Nombre de la Institución: | Lugar: |
| Año Básico Repetido: | Motivos: |
| IV.- EDUCACION GENERAL BASICA (OCTAVO A DECIMO AÑO BASICO) | |
| Nombre de la Institución: | Lugar: |
| Año Básico Repetido: | Motivos: |
| V.- BACHILLERATO (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO AÑOS DE BACHILLERATO) | |
| Nombre de la Institución: | Lugar: |
| Año Básico Repetido: | Motivos: |
| VI.- DATOS ACADÉMICOS: | |
| Asignaturas de preferencia del estudiante: | |
| Asignaturas en las que ha tenido dificultad: | |
| Dignidades alcanzadas: | |
| Logros académicos: | |
| Extracurriculares: | |

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR DEL ESTUDIANTE

| | | | |
|---|---|----------------------|-------------------|
| DATOS PERSONALES DEL PADRE | | | |
| Apellidos: | Nombres: | Edad: | |
| E-mail: | C.I.: | | |
| Teléfonos: Domicilio: | Cel. | Telf. Trabajo: | |
| Dirección: | | | |
| Emigrante: SI () NO () | Motivo: | Lugar: | |
| <i>Nivel de instrucción: señale con una (X)</i> | | | |
| Nivel Básico () | Bachillerato () | Nivel Superior () | |
| Profesión: | Religión: | | |
| Colegio en que se graduó: | | | |
| Empresa o Institución donde labora: | | | |
| Empleado(a) () | Auto-empleado(a) () | Dueño de negocio () | Inversionista () |
| Otro () Especifique: | | | |
| Cargo: | Años de servicio: | | |
| Ingresos económicos (mensuales): \$ | | | |
| Tiene demanda por alimentos: SI () NO () | Recibe pensión alimenticia: SI () NO () | | |
| DATOS PERSONALES DE LA MADRE | | | |
| Apellidos: | Nombres: | Edad: | |
| E-mail: | C.I.: | | |
| Teléfonos: Domicilio: | Cel. | Telf. Trabajo: | |
| Dirección: | | | |
| Emigrante: SI () NO () | Motivo: | Lugar: | |
| <i>Nivel de instrucción: señale con una (X)</i> | | | |
| Nivel Básico () | Bachillerato () | Nivel Superior () | |
| Profesión: | Religión: | | |
| Colegio en que se graduó: | | | |
| Empresa o Institución donde labora: | | | |
| Empleado(a) () | Auto-empleado(a) () | Dueño de negocio () | Inversionista () |
| Otro () Especifique: | | | |
| Cargo: | Cargo: | | |
| Ingresos económicos (mensuales): \$ | | | |
| Tiene demanda por alimentos: SI () NO () | Recibe pensión alimenticia: SI () NO () | | |





(En el caso de no representar el papá o la mamá, puede detallar la información de un familiar a cargo del estudiante)

| | | | | | |
|---|--|-----------------------|---|----------------------|----------------|
| OTRO FAMILIAR. PARENTEZCO: | | | | | |
| Apellidos: | | Nombres: | | Edad: | |
| E-mail: | | | C.I.: | | |
| Teléfonos: Domicilio: | | | Cel.: | | Telf. Trabajo: |
| Dirección: | | | | | |
| Emigrante: SI () NO () | | | Motivo: | | Lugar: |
| <i>Nivel de instrucción: señale con una (X)</i> | | | | | |
| Nivel Básico () | | Bachillerato () | | Nivel Superior () | |
| Profesión: | | | Religión: | | |
| Colegio en que se graduó: | | | | | |
| Empresa o Institución donde labora: | | | | | |
| Empleado(a) () | | Auto-empleado(a) () | | Dueño de negocio () | |
| Inversionista () | | Otro () Especifique: | | | |
| Cargo: | | | Años de servicio: | | |
| Ingresos económicos (mensuales): \$ | | | | | |
| Tiene demanda por alimentos: SI () NO () | | | Recibe pensión alimenticia: SI () NO () | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| INGRESOS FAMILIARES (ADICIONALES) | | | |
| Tipo de ingreso: | | | |
| Empleado(a) () | | Auto-empleado(a) () | |
| Dueño de negocio () | | Inversionista () | |
| Remesas () | | Otro () Especifique: | |

| | |
|---|--|
| DATOS DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR | |
| ¿Existe algún problema de salud grave en el grupo familiar? SI () NO () | |
| Parentesco de quien lo padece: _____ Mencione el problema: _____ | |
| El estudiante tiene alguna condición médica específica: SI () NO () | |
| Determinar cuál: | |
| El estudiante padece de alergias: SI () NO () | |
| Determinar cuál: | |
| Especificar medicamentos que utiliza: | |
| El estudiante recibe atención médica en: Centro de salud () Subcentro de salud () | |
| Hospital Privado () Hospital Público () | |
| Nombre del médico que atiende regularmente al estudiante: | |
| Observaciones: | |

| | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| SITUACION HABITACIONAL | | | | | |
| Tipo de Vivienda: | | Unifamiliar () Multifactorial () | | Casa () Departamento () | |
| Tipo de construcción: | | Madera () Cemento () | | Mixto () Otros () | |
| Tipo de tenencia: | | Propia () Alquilada () | | Prestada () Otros () | |
| Número de dormitorios: | | Un () Dos () | | Tres () Cuatro () Más () | |
| Servicios Básicos: | | Luz () Agua () | | Telf. () Internet () TV cable () | |
| N° de personas que viven en el hogar: | | 2-3 () | | 4-5 () 6-7 () 8-más () | |
| Persona que cubre los gastos del estudiante: | | | | | |
| Papá y mamá () | | Solo papá () Solo mamá () | | Tíos () Medios propios () | |
| Familiar del Extranjero () | | Otros () Especifique: | | | |





| | | | | | |
|---|--------------------|-------------|---------------|-------------|----------|
| DINÁMICA FAMILIAR | | | | | |
| El/la estudiante vive con: | Ambos padres () | papá () | mamá () | Abuelos () | Tíos () |
| Otros () | Indique el motivo: | | | | |
| CLIMA FAMILIAR | | | | | |
| Entre Padre: | Bueno () | Regular () | Muy Bueno () | Malo () | |
| Entre Hermanos: | Bueno () | Regular () | Muy Bueno () | Malo () | |
| Estudiante/hogar: | Bueno () | Regular () | Muy Bueno () | Malo () | |
| Realice un croquis de cómo llegar a su vivienda o adjunte una imagen de Google Maps: (Obligatorio) | | | | | |
| | | | | | |

| ESCRIBA DE MAYOR A MENOR LOS NOMBRES DE LOS HERMANOS DEL O LA ESTUDIANTE, INCLUYENDO A LOS QUE ESTUDIAN EN LA INSTITUCIÓN. | | | | |
|--|---------------------|----|----|---------------|
| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | | | DÓNDE ESTUDIA |
| | DD | MM | AA | |
| | / | / | | |
| | / | / | | |
| | / | / | | |
| | / | / | | |
| | / | / | | |
| | / | / | | |

OBSERVACION:

Declaramos bajo nuestra responsabilidad que la información proporcionada a la Unidad Educativa Particular “Santa María de los Ángeles”, corresponde a nuestra realidad socio- económica.

El presente documento es válido para poder determinar si mi aspirante se encuentra en condiciones que permitan el acceso y permanencia al servicio educativo que ofrece la Unidad Educativa Particular “Santa María de los Ángeles”. Por lo tanto, la entrega de la documentación solicitada, no constituye a un cupo de matrícula.

Al llenar y entregar este documento a la Unidad Educativa Particular “Santa María de los Ángeles”, sea de forma física o digital, acepto(amos) libre y voluntariamente que las decisiones tomadas en este proceso no generen impugnaciones en ninguna vía, sean estas administrativas o judiciales.

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20____.

F. ESTUDIANTE

F. PADRE

F. MADRE

F. REPRESENTANTE LEGAL

“Educamos con la pedagogía del amor y el carisma de Adorar, Reparar y Servir”

@quesma

