

Para Año Lectivo: _____ Año o Curso: _____

Nombre completo del aspirante: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

C.I.# _____ Edad actual _____

Dirección domiciliaria: _____

Familiares o amigos que actualmente estudien en el Liceo: _____

Recomendado por: _____

Motivo por el que solicita el cupo: _____

Es la primera vez que solicita cupo: SI _____ NO _____

DATOS FAMILIARES

Nombre del padre: _____

C.I.# _____ Edad: _____ Nivel de Instrucción: _____

Dirección del domicilio: _____

E-mail: _____ Celular: _____

Lugar de trabajo: _____ Cargo: _____

Dirección laboral: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____

C.I.# _____ Edad: _____ Nivel de Instrucción: _____

Dirección del domicilio: _____

E-mail: _____ Celular: _____

Lugar de trabajo: _____ Cargo: _____

Dirección laboral: _____ Teléfono: _____

Representante: padre _____ madre _____ otro _____

Número de hermanos: _____ Edades: _____ Lugar que ocupa: _____

Teléfonos de emergencia: _____ Nombre: _____

Relación con el aspirante _____

Estado civil de la madre _____ Estado civil del padre _____

viven juntos SI _____ NO _____

*** Tutor / representante (si aplica)**

** Esta casilla se completa solamente si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otra persona que no sean sus progenitores*

Nombres completos: _____

Relación o parentesco con el aspirante: _____ C.I.# _____

E-mail: _____ Celular: _____

Estado civil: _____ Edad: _____ Nivel de Instrucción: _____

Dirección del domicilio: _____

Lugar de trabajo: _____ Cargo: _____

Dirección laboral: _____ Teléfono: _____

RECORRIDO ESCOLAR

Nivel	Escuela	Año Lectivo
Maternal		
Pre Kinder		
Kínder		
Preparatoria		
2° E.G.B.		
3° E.G.B.		
4° E.G.B.		
5° E.G.B.		
6° E.G.B.		
7° E.G.B.		
8° E.G.B.		
9° E.G.B.		
10° E.G.B.		
1°B.G.U.		
2°G.G.U.		

Ha repetido algún curso? Indicar cuál

En caso de haber realizado un cambio de escuela o colegio, indicar el motivo:

Indique cuántas horas de inglés ha recibido a la semana

¿Usa alguna plataforma educativa de forma regular? si

 no

¿Ha tenido adaptaciones específicas en el aula? Especificar

TRATAMIENTOS Y CONSULTAS REALIZADAS

	SI	NO	Profesional	Año de consulta/tiempo tratamiento
Psicología	☐	☐		
Audición	☐	☐		
Oftalmología	☐	☐		
Ortopedia	☐	☐		
Terapia de Lenguaje	☐	☐		
Apoyo Psicopedagógico	☐	☐		
Otro	☐	☐		

En caso de que tenga informe de algún profesional, por favor hacerlo llegar.

Fecha de evaluación:		Hora:	
Profesional:		Cupo:	SI ____ NO ____ Año de básica:
Observaciones:			