



Solicitud de Pre-Matrícula

Información del Estudiante :

Fecha de solicitud _____ Solicita ingreso para el grado nivel _____

Nombre completo _____ F. _____ M. _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Día Mes Año

Nacionalidad _____ Dirección casa de habitación _____

Número de teléfono casa de habitación _____

Institución donde estudia actualmente _____ Año que cursa _____

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Pasaporte # _____ Cédula de identidad # _____ Residencia # _____

¿Habla inglés fluidamente? (Escrito y oral) SI NO

¿Habla español fluidamente? (Escrito y oral) SI NO

TIENE EL ESTUDIANTE

_____ ¿Hermano (s) o hermana (s) en Saint Anthony School?

_____ ¿Madre o padre graduado del Saint Anthony School?

_____ ¿Madre o padre trabajando en Saint Anthony School?

LOS PADRES DEL ESTUDIANTE ESTÁN:

- _____ Casados
- _____ Separados
- _____ Divorciados
- _____ Otro _____

EL ESTUDIANTE VIVE CON:

- _____ Ambos Padres
- _____ Madre
- _____ Padre
- _____ Otros _____

Relación con el Padre _____

Relación con la Madre _____

Relación con Hermandos _____

En ausencia de los Padres, llamar a _____ teléfono _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre de la Madre _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

Pasaporte _____ Cédula de Identidad _____ Residencia _____



Diploma o grado académico más alto obtenido:

- Primaria
- Secundaria
- Vocacional

Universitaria

Título obtenido:

- Bachiller _____
- Licenciatura _____
- Maestría _____
- Doctorado _____

Ocupación _____ Lugar de trabajo _____

Dirección del lugar de trabajo _____

Teléfono Oficina _____ Número de fax _____ Apdo. Postal _____

Email _____ Teléfono del domicilio _____

Dirección del domicilio _____

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre del Padre _____

Tipo de identificación _____

Pasaporte _____ Cédula de identidad _____ Residencia _____

Diploma o grado académico más alto obtenido:

- Primaria _____
- Secundaria _____
- Vocacional _____

Universitaria

Título obtenido:

- Bachiller _____
- Licenciatura _____
- Maestría _____
- Doctorado _____

Ocupación _____ Lugar de trabajo _____

Dirección del lugar de trabajo _____

Teléfono Oficina _____ Número de fax _____ Apdo. Postal _____

Email _____ Teléfono del domicilio _____

Dirección del domicilio _____



Nombre de la Escuela de Procedencia _____

Años que asistió _____ Grado Concluido _____

HISTORIA EDUCATIVA

Ha recibido adecuación curricular SI NO

Motivo de la adecuación curricular: _____

Indique el tipo de adecuación recibida: _____

Se le ha realizado algún tipo de evaluación psicológica/psicopedagógica SI NO

Especifique: _____

INTERESES

Materias preferidas: _____

Materias en que presente dificultad: _____

Deportes que practica: _____

Instrumentos musicales: _____

Otros intereses: _____

ANTECEDENTES EDUCATIVOS Y GENERALES

Experiencia en pre-escolar / o experiencia en la escuela

Actitud hacia la escuela

¿Ha repetido algún grado académico? (explicar)



Ante las demandas académicas, ¿cómo se organizarían para apoyar al hijo (a)?

¿Qué significado tiene para usted el que su hijo/a aprenda una lengua que no es la natal?

¿Habla inglés el padre? _____ ¿La madre? _____

Razón para ingresar o trasladarse al Saint Anthony School

¿Quién le recomendó el Saint Anthony School?

DINÁMICA FAMILIAR

Composición Familiar (familiares que viven en la casa hermanos u otros)

Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco _____

Describir comunicación entre sus miembros

Actividades compartidas



Hechos significativos en la vida de su hijo(a)

RELACIONES SOCIALES

Relación con otros niños o jóvenes

Actividades preferidas del estudiante

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO (solo aplica para pre-escolar y primaria)

Embarazo y parto

Período de lactancia

¿Edad en que caminó sin ayuda? _____

Control de esfínteres diurno _____ nocturno _____

Edad a que dejó el biberón _____

Lenguaje completo (edad) _____



Problemas de articulación (Explicar)

Hábitos de sueño _____ Hábitos alimenticios _____

ANTECEDENTES MÉDICOS Y SALUD GENERAL

Historia médica general (enfermedades crónicas, hospitalizaciones, etc.)

Problemas de salud que requieran atención

Nombre y número del Pediatra

SALUD GENERAL DEL JOVEN

Enfermedades padecidas/ Síndromes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Enuresis diurna | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna | <input type="checkbox"/> Faringitis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Encopresis | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Déficit Atencional |
| <input type="checkbox"/> Alergias. Especifique: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | | |



ÁREA VISUAL

- () Astigmatismo
 - () Miopía
 - () Hipermetreopía
 - () Otro. Especifique: _____
- Requiere el uso de anteojos SI () NO ()

ÁREA AUDITIVA

- Presenta dificultad auditiva SI () NO ()
Especifique: _____

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

- | | | |
|---|--------|--------|
| Muestra tics nerviosos: | SI () | NO () |
| Come uñas: | SI () | NO () |
| Llora constantemente: | SI () | NO () |
| Busca compañía: | SI () | NO () |
| Le gusta estar solo: | SI () | NO () |
| Juega solo: | SI () | NO () |
| Acepta las responsabilidades: | SI () | NO () |
| Tiene capacidad para seguir instrucciones | SI () | NO () |
| Su conversación es fluida: | SI () | NO () |
| Tartamudea: | SI () | NO () |

Observaciones:

Nombre y firma de quien brinda la información:

Nombre

Parentesco

Firma