

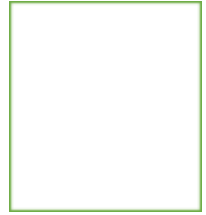


# INSTITUTO BENAVENTE QUERETARO SECUNDARIA

## DATOS ALUMNO Y SOLICITUD DE ADMISIÓN

CICLO ESCOLAR : 20\_\_ 20\_\_

GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_



Acepto que la información que comparto es verídica. En caso de existir alteración u omisión de la información solicitada, asumo que mi hijo(a) perderá los beneficios que la institución pueda otorgar durante el proceso o en caso de ser admitido, teniendo en claro que todos los datos y resultados del proceso de admisión son confidenciales y para uso exclusivo del Instituto Benavente Queretaro A.C.

### **NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (A):**

(FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE LOS DATOS SOLICITADOS)

\_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
------------------	------------------	--------

\_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/ MES/ AÑO) \_\_\_\_\_ ENTIDAD \_\_\_\_\_

### **DOMICILIO:**

\_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
(CALLE Y NÚMERO)

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TEL. CASA \_\_\_\_\_

ESCUELA DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ MOTIVO DEL CAMBIO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ NO. DE HERMANOS: \_\_\_\_\_

### **Antecedentes Familiares:**

\_\_\_\_\_

(NOMBRE COMPLETO DEL PADRE)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
-----------------------------	---------------------	------

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ SUELDO APROXIMADO: \_\_\_\_\_

LUGAR DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ PUESTO QUE DESEMPEÑA \_\_\_\_\_

TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_ TEL. CEL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
-------------------------------	---------------------	------

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ SUELDO APROXIMADO \_\_\_\_\_

LUGAR DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ PUESTO QUE DESEMPEÑA \_\_\_\_\_

TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_ TEL. CEL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**\*Llenado de todos los campos es obligatorio\***

Situación actual de los padres: casados ( ) unión libre ( ) solteros( ) divorciados( ) viudos( ) separados( )

¿Existe alguna situación especial que limite la convivencia entre los Padres y él alumno: si( ) no( ) ninguna( ) De ser sí, especifique:

El alumno(a) vive con: Padre( ) Madre( ) Ambos( ) otro especifique: \_\_\_\_\_

Señale en caso de haber asistido o asistir actualmente:

Psicoterapia individual ( ) Psicoterapia familiar ( ) ninguna( ) motivo de consulta:

Ha recibido tratamiento farmacológico por psicoterapia si( ) no( ) especifique el medicamento: ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Con quién pasa su hijo la mayor parte del tiempo, después de clases?

Práctica algún deporte? Especificar actividad y tiempo que dedica?

Presenta alguna dificultad actual en el área académica? si( ) no( ) ninguna

¿Mencione cuál? \_\_\_\_\_

**Datos de persona autorizada por los Padres o Tutores**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco con él alumno (a): \_\_\_\_\_

**Antecedentes de salud:**

Usa lentes: si ( ) no( ) Escucha bien si( ) no( )

Problemas posturales (píe plano, columna, etc.)

Su hijo presenta alguna dificultad al: caminar ( ) correr ( ) saltar ( ) ninguna ( ) describa el motivo

Alergias: si ( ) no( ) ninguna( ) especifique cuál? \_\_\_\_\_

Algún tratamiento médico especial: si ( ) no( ) ninguna( ) especifique cuál

En caso de dolor o fiebre autorizo a que se le administre:

Santiago de Querétaro, Qro., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA MAMÁ

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PAPÁ

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR