|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COLEGIO «CORONEL MILTON ANTONIO ANDRADE CABRERA»*“FORMANDO JOVENES LIDERES CON VALORES”* |  | FOTOGRAFÍA |
| SOLICITUD DE ADMISION  |

|  |  |
| --- | --- |
| SOLICITUD Nº: |  |
| GRADO A APLICAR: |  |

|  |
| --- |
| 1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO
 |
| NOMBRES | 1 | APELLIDOS | 1 |
| 2 | 2 |
| LUGAR NACIMIENTO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: |  | DUI |  |
| EDAD |  | SEXO |  | NACIONALIDAD |  |
| TIPO SANGRE |  | PESO | lbs. | ESTATURA | cms. |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: |  |
|  |
| TIEMPO DE RESIDIR EN ESTA DIRECCIÓN | años | TELÉFONO |  |
| E-MAIL: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO | AÑO |
|  |  |
| HA REPROBADO ALGÚN GRADO | ESPECIFIQUE GRADO: |
| SÍ |  | NO |  |  |

|  |
| --- |
| MEDIO DE TRANSPORTE |
| PÚBLICO |  | PROPIO |  | TRANSPORTE ESCOLAR |  | PEDESTRE |  |

|  |
| --- |
| CON QUIEN VIVEL ACTUALMENTE EL JOVEN |
| PAPÁ Y MAMÁ |  | SOLO MAMÁ |  | SOLO PAPÁ |  | OTRO |  |
| ESPECIFIQUE |  |

|  |
| --- |
| DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE |
| PAPÁ Y MAMÁ |  | SOLO MAMÁ |  | SOLO PAPÁ |  | OTRO |  |
| ESPECIFIQUE |  |

|  |
| --- |
| TALLAS |
| PANTALÓN |  | CAMISA |  | GORRA | cms | BOTAS |  |
| CAMISETA |  | CALZONETA |  | PANTS |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| JUSTIFIQUE POR QUÉ SU DESEO DE INGRESAR AL COLEGIO MILITAR |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. DATOS DE LOS PADRES Y MADRES DE FAMILIA O ENCARGADOS
 |
| NOMBRE DEL PADRE |  |
| PROFESIÓN/OFICIO |  | EDAD | años |
| LUGAR DE TRABAJO |  |
| CARGO QUE OCUPA |  |
| E-MAIL |  |
| DIRECCIÓN DEL TRABAJO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA MADRE |  |
| PROFESIÓN/OFICIO |  | EDAD | años |
| LUGAR DE TRABAJO |  |
| CARGO QUE OCUPA |  |
| E-MAIL |  |
| DIRECCIÓN DEL TRABAJO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ENCARGADO |  |
| PROFESIÓN/OFICIO |  | EDAD | años |
| LUGAR DE TRABAJO |  |
| CARGO QUE OCUPA |  |
| E-MAIL |  |
| DIRECCIÓN DEL TRABAJO |  |

|  |
| --- |
| 1. DATOS MÉDICOS DE INTERÉS DEL JOVEN
 |
| EN CASO DE EMERGENCIA A QUÉ CENTRO HOSPITALARIO SE PUEDE TRASLADAR AL JOVEN |
|  |
| MÉDICO DE CONFIANZA EN CASO DE EMERGENCIA |
|  |
| LUGAR DE TRABAJO |  |
| TELÉFONO |  |
| PADECE ALGUNA ENFERMEDAD  |  |
| MEDICACIÓNH PERMANENTE |  |
| ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO |  |
| POSEE SEGURO MÉDICO |  |
| TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIAL |  |

**El Colegio no se responsabiliza de cubrir los gastos médicos en caso de una emergencia que requiera joven.**

|  |
| --- |
| 1. DOCUMENTOS QUE ENTREGA
 |
|  | PARTIDA DE NACIMIENTO |  | CERTIFICADO AÑO ANTERIOR |
|  | COPIA DE NOTAS DEL PRESENTE AÑO |  | 1 FOTOGRAFÍA RECIENTE |
|  | COPIA DUI Y NIT DEL RESPONSABLE |  | MATRÍCULA OFICIAL 1ER AÑO (SI SE MATRICULA PARA 2º AÑO |
|  | BOLETA DE TIPO DE SANGRE |

|  |
| --- |
| 1. OBSERVACIONES POR PARTE DEL COLEGIO
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE QUIEN MATRICULA |  |
| RELACIÓN SOCIAL DEL JOVEN |  |
| FIRMA |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SANTA ANA |  | DE |  | DE |  |