



# ACADEMIA MODERNA, A.C.

AMÉRICA No. 184, COL. PARQUE SAN ANDRÉS

TEL 55490789

## SOLICITUD DE ADMISIÓN

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado que va a cursar: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de trab: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ No. de casa: \_\_\_\_\_ No. de oficina: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario de trab: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ No. de casa: \_\_\_\_\_ No. de oficina: \_\_\_\_\_

Vive con: Padre ( ) Madre ( ) Ambos ( ) Otros ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_

No de hermanos: \_\_\_\_\_ No. de hermanas: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa entre los hermanos: \_\_\_\_\_ ¿Vive alguien más en su casa?: \_\_\_\_\_

Religión que practica: \_\_\_\_\_

### ÁREA DE SALUD

Enfermedades que ha sufrido su hijo (a): \_\_\_\_\_

Se enferma con mayor frecuencia de: \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas de Percepción o Motores? Sí ( ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### ÁREA DE APTITUDES

¿Pertenece la familia a un club u organización? Sí ( ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo (a) algún pasatiempo? Sí ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Mencione tres cualidades de su hijo (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mencione tres limitaciones de su hijo (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **HISTORIA ESCOLAR**

Escuela de la que proviene: \_\_\_\_\_

Motivo del cambio: \_\_\_\_\_

Materias que se le dificultan más: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿En qué ha sobresalido?: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna actividad extra?                      Sí ( )                      No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

### **Metas**

¿Qué desea su hijo (a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué desea de la escuela de su hijo (a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del Tutor o Padre