



## INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS

### 1. DATOS DEL POSTULANTE:

Nombre completo del postulante:	_____		
Nivel al que postula:	_____	Año de Ingreso:	_____
Teléfono casa:	_____	No. de cédula o pasaporte:	_____
Domicilio:	_____		
Lugar y fecha de nacimiento:	_____		
Es ex alumno de la UEMTN:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Parroquia eclesiástica donde se bautizó:	_____		
Jardín/Escuela/Colegio Actual:	_____	_____	_____
Otras instituciones educativas a las que ha asistido:	_____		
_____			
Hermanos del postulante:	Edad	Institución donde estudia	¿Postulante a UEMTN?
Nombre completo: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nombre completo: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nombre completo: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### 2. DATOS DEL PADRE:

Nombre completo:	_____		
Es ex alumno de la UEMTN:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Promoción: _____
Número de cédula o pasaporte:	_____		
Lugar y fecha de nacimiento:	_____		
Domicilio:	_____		
Teléfono domicilio:	_____	Celular:	_____
Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Superior (3er nivel)	<input type="checkbox"/> Postgrado (4to o 5to nivel)
Profesión o actividad:	_____		
Empresa donde trabaja:	_____		
Dirección laboral:	_____		
Teléfono laboral:	_____		
Correo electrónico:	_____		
¿Pertenece a algún movimiento religioso o parroquial? ¿Cuál?	_____		

### 3. DATOS DE LA MADRE:

Nombre completo:	_____		
Es ex alumna de la UEMTN:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Promoción: _____
Número de cédula o pasaporte:	_____		
Lugar y fecha de nacimiento:	_____		
Domicilio:	_____		
Teléfono domicilio:	_____	Celular:	_____
Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Superior (3er nivel)	<input type="checkbox"/> Postgrado (4to o 5to nivel)
Profesión o actividad:	_____		
Empresa donde trabaja:	_____		
Dirección laboral:	_____		
Teléfono laboral:	_____		
Correo electrónico:	_____		
¿Pertenece a algún movimiento religioso o parroquial? ¿Cuál?	_____		

### 4. SITUACIÓN FAMILIAR:

Estado actual de los padres del postulante como familia:				
<input type="checkbox"/> Matrimonio Eclesiástico	<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> Soltero	
Fecha del matrimonio eclesiástico de los padres del postulante:	_____			
¿Viven juntos los padres del postulante?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
¿En caso de que no vivan los padres juntos, quién vive con el postulante?	_____			
¿Qué sacerdote los conoce a ustedes como matrimonio y como familia?				
Nombre:	_____	Congregación:	_____	
Parroquia eclesial a la que pertenece la familia:	_____			
Nombre del párroco:	_____			

## 5. ANTECEDENTES DEL POSTULANTE:

Presenta o ha presentado alguna necesidad especial en el ámbito:

¿Del aprendizaje?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Psicológico?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Neurológico?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Motor?  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Está o estuvo en tratamiento?  SI  NO

¿Desde cuándo? (fecha inicio y término) \_\_\_\_\_

¿Hubo alta en dicho tratamiento?  SI  NO

¿Quién o quiénes lo atienden o atendían?

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

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

¿Toma algún medicamento (psicotrópico)?  SI  NO

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad?

Asma  Diabetes  Hipertensión  Muscular

Cardíacas  Epilepsia  Migraña  Otra: \_\_\_\_\_

Otros tratamientos que el niño/a esté recibiendo:

Fonoaudiológico  Oftalmológico  Ortopédico

Nutricional  Ortodoncia  Otro: \_\_\_\_\_

De haber antecedentes, se deben presentar los informes que se tengan a la fecha, sin excluir ninguno, previo examen de admisión.

**NOTA:** Todos los datos aquí expuestos son fidedignos.

Samborondón, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del papá

\_\_\_\_\_  
Firma de la mamá