



Formulario de inscripción del año escolar 2024

Este formulario está destinado a inscribir estudiantes nuevos al año escolar 2024 tenga en cuenta que el ingreso del estudiante nuevo a la institución educativa se encuentra supeditado a la entrevista y aprobación del examen de admisión. Los estudiantes antiguos no requieren este examen, pero deben cumplir con los criterios de renovación de matrícula. Una vez admitido el estudiante cuenta con cinco (5) días hábiles para legalizar la matrícula, de lo contrario la institución podrá hacer uso del cupo de manera libre. Por favor responda todas las preguntas que están a continuación.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE			FOTO
Nombres:		Apellidos:	
Ciudad de nacimiento:		Nacionalidad:	Fecha de nacimiento: D/ /M /A
Número de identificación:		Grupo sanguíneo:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Edad:
Dirección:		Barrio:	
Correo electrónico para notificaciones:			
Celular para notificaciones:		Grado al que aspira: <input type="checkbox"/> Toddlers <input type="checkbox"/> Walkers <input type="checkbox"/> PreK <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Transition <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4°	

INFORMACIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR

Padres/tutores/representantes	Madre / Acudiente			
	Nombres:		Apellidos:	Edad:
	Identificación:		Estado civil:	Profesión:
	Correo electrónico:		Tel.:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo
	<input type="checkbox"/> Vive con el/ la estudiante Dirección:		Tel.:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo
	Ciudad/Departamento:			
	Compañía para la que trabaja:		Cargo:	Tel de Oficina:
	Padre / Acudiente			
	Nombres:		Apellidos:	Edad:
	Identificación:		Estado civil:	Profesión:
Correo electrónico:		Tel.:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo	
<input type="checkbox"/> Vive con el/ la estudiante Dirección:		Tel.:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo	
Ciudad/Departamento:				
Compañía para la que trabaja:		Cargo:	Tel de Oficina:	

Personas con las que convive el / la estudiante:

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación

INFORMACIÓN ESCOLAR

Colegio anterior	Grado	Ciudad

¿El/ la aspirante ha repetido un año escolar? Si No Indique el grado:

¿En qué asignaturas ha tenido dificultades el / la aspirante?

¿En qué asignaturas ha sobresalido el / la aspirante?

¿El/la aspirante ha recibido clases particulares? Si No ¿Cuáles?

¿El/la aspirante ha recibido apoyo en algunas de las siguientes áreas?

Terapia de Lenguaje Terapia ocupacional

Asesoría pedagógica Asesoría Psicológica

Otras ¿Cuáles? _____

¿Por qué motivo han decidido escoger la educación bilingüe para el /la aspirante?

¿Alguien cercano a el/la aspirante domina algún idioma extranjero?

Sí No

¿Quién?

¿Cuál idioma?

¿Qué actividades extracurriculares realiza el/la aspirante?

Si el / la aspirante ya ha estado escolarizado/a, indique las razones por las que desea cambiar de institución educativa.

SALUD Y ESTADO FÍSICO DEL ASPIRANTE

Describa las condiciones físicas y de salud de la/el aspirante:

Informe si el / la aspirante padece de algún tipo de enfermedad física y/o psicológica y especifique cuál:

Informe si el / la aspirante debe tomar algún tipo de medicamento o si recibe actualmente tratamiento médico:		
Informe si el / la aspirante tiene algún tipo de alergia y especifique cuál:		
¿El / la aspirante se encuentra vacunado/a contra el COVID – 19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál vacuna recibió?

CONTACTO DE EMERGENCIA
 *Llene los datos de una persona distinta al padre/ madre o acudiente del aspirante que resida en la ciudad de Bucaramanga

Nombre completo:		Identificación:
Edad:	Parentesco:	Teléfono:
Dirección:		Barrio:

RESPONSABLE FINANCIERO
 *Tenga en cuenta: A esta persona se le harán llegar los recibos de pago y será la única persona a la que se le brindará información financiera.

Nombre completo:		Identificación:
Correo electrónico:		
Compañía para la que labora:		Cargo:
Edad:	Parentesco:	Teléfono Fijo:
Dirección:		Teléfono Celular:

Certificación de la persona que inscribe al estudiante

Confirmo que toda la información suministrada anteriormente es fiel y exacta a mi leal saber y entender. Que todos los documentos que apporto son auténticos. Entiendo que Los Girasoles School mantendrá esta información de manera confidencial y la usará únicamente para asuntos internos. Entiendo que desde el momento en que el/la aspirante es inscrito hasta el momento de realizar la matrícula académica no pueden transcurrir más de cinco (05) días calendario; de lo contrario el cupo escolar podrá ser usado por la institución con total libertad. Entiendo que el aspirante con nuevo ingreso deberá aprobar el examen de admisión realizado por la institución y asistir a la entrevista familiar para posteriormente legalizar su ingreso y matrícula. Entiendo que este formulario está siendo diligenciado para aspirar a la inscripción de mi menor representado a una institución bilingüe y que por ende todo el currículo académico se desarrollará en inglés.

Nombre en letra imprenta: _____

Cédula de ciudadanía: _____ **Fecha de diligenciamiento:** _____

Firma: _____

Los Girasoles School
 Cra 32ª No. 16 - 04 /16-20, San Alonso
 Bucaramanga, Santander. Colombia
www.losgirasoledu.com

