



SOLICITUD DE ADMISIÓN
APPLICATION FOR ADMISSION
 Primaria - Secundaria

FOTO

FOLIO / FOLIO NUMBER:

CICLO / YEAR:

GRADO / GRADE:

FECHA / DATE: (DD/MM/YY)

INFORMACIÓN DEL NIÑO / CHILD'S INFORMATION

Nombre / Name: Apellido Paterno / Father's Surname		Apellido Materno / Mother's Maiden Name		Nombre(s) / First name	
Lugar de Nacimiento / Place of Birth:				Fecha de Nacimiento / Date of Birth: (DD/MM/YY)	
Edad / Age: Año y meses / Years and months		Nacionalidad / Citizenship:		Sexo / Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Dirección / Address: Calle y número / Street and number			Colonia / Suburb		C.P. / Zipcode
Ciudad / City				Teléfono(s) / Phone:	
¿Vive con ambos padres? Does he/she live with both parents?: <input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No		Con otra persona / Other:		Grado escolar actual / Current grade:	
Fortalezas de su personalidad / Personality strengths:					
Actividades que más disfruta / Activities that enjoy the most:					

ESCOLARIDAD / SCHOLARSHIP (En caso de aplicar / If applicable)

Colegio anterior / Previous school	Ciudad - País / City - Country	Grados y fechas / School level and dates	Bilingüe / Bilingual
¿Ha cambiado de colegio sin terminar el ciclo escolar? Has the student ever changed schools before the school year ended? <input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No		¿Razón?: Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> / Costos colegiatura <input type="checkbox"/> / Otra <input type="checkbox"/> Reason: Change of current address / Fees / Other	
Especificar la razón: Specify the reason:			

NECESIDADES ESPECIALES / SPECIAL NEEDS (En caso de aplicar / If applicable)

Si su hijo requiere atención especial en alguno de los siguientes campos, es importante que el colegio conozca a detalle el caso de su hijo y así prestarle la atención especializada. Favor de adjuntar la información necesaria que ampare cada caso. / If your child requires special attention to any of the below, it is important for the school to know about your child's case in order to attend to his/her needs. Please attach information covering each case.

Discapacidad física Physical limitations	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No	Problemas auditivos Hearing problems	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No	Problemas de aprendizaje Learning difficulties	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No
Problemas de lenguaje Speech problems	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No	Dislexia Dyslexia	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No	Déficit de atención Attention deficit disorder	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No
Hiperactividad Hyperactivity	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No	Problemas de disciplina Behavior problems	<input type="checkbox"/> Si / Yes / <input type="checkbox"/> No	Otro / Other: Explicar / Explain:	

INFORMACIÓN DEL PADRE / FATHER'S INFORMATION

Nombre / Name: Apellido Paterno / Father's Surname		Apellido Materno / Mother's Maiden Name	Nombre(s) / First name
Lugar de Nacimiento / Place of Birth:		Fecha de Nacimiento / Date of Birth: (DD/MM/YY)	
Teléfono(s) casa / Home Phone:	Teléfono celular / Mobile phone:	Correo electrónico / E-mail:	
Ocupación / Occupation:	Empresa / Company:		
Giro de la empresa /	Puesto que desempeña / Position:	Teléfono(s) oficina / Business phone:	
Dirección de la empresa / Company Address: Calle y número / Street and number		Colonia / Suburb	
Ciudad / City		Religión / Religion	
Estado Civil / Marital Status: <input type="checkbox"/> Casado / Married <input type="checkbox"/> Divorciado / Divorced <input type="checkbox"/> Soltero / Single <input type="checkbox"/> Separado / Separated <input type="checkbox"/> Viudo / Widowed <input type="checkbox"/> Ejerce Patria Potestad / Legal guardian			

INFORMACIÓN DE LA MADRE / MOTHER'S INFORMATION

Nombre / Name: Apellido Paterno / Father's Surname		Apellido Materno / Mother's Maiden Name	Nombre(s) / First name
Lugar de Nacimiento / Place of Birth:		Fecha de Nacimiento / Date of Birth: (DD/MM/YY)	
Teléfono(s) casa / Home Phone:	Teléfono celular / Mobile phone:	Correo electrónico / E-mail:	
Ocupación / Occupation:	Empresa / Company:		
Giro de la empresa /	Puesto que desempeña / Position:	Teléfono(s) oficina / Business phone:	
Dirección de la empresa / Company Address: Calle y número / Street and number		Colonia / Suburb	
Ciudad / City		Religión / Religion	
Estado Civil / Marital Status: <input type="checkbox"/> Casada / Married <input type="checkbox"/> Divorciada / Divorced <input type="checkbox"/> Soltera / Single <input type="checkbox"/> Separada / Separated <input type="checkbox"/> Viuda / Widowed <input type="checkbox"/> Ejerce Patria Potestad / Legal guardian			

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA / FAMILY INFORMATION

Dirección / Address: Calle y número / Street and number		Colonia / Suburb	C.P. / Zipcode
Ciudad / City		Teléfono(s) / Phone:	
¿Cuánto tiempo llevan viviendo en Monterrey? / How long have they been living in Monterrey?			
Fecha de Matrimonio Civil / Civil Marriage Date (DD/MM/YY)		Ciudad - Municipio / City	País / Country
Fecha de Matrimonio Religioso / Religious Marriage Date (DD/MM/YY)		Ciudad - Municipio / City	País / Country

Nombre de hermanos / Siblings name:	Sexo / Sex	Fecha de Nacimiento / Date of Birth (DD/MM/YY)	Grado escolar / Current grade	Colegio actual / Current School
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

DATOS DE LOS ABUELOS / INFORMATION ABOUT GRANDPARENTS:

	Paternos / Father's side	Maternos / Mother's side
Nombre de los abuelos / Grandparent's name:		
Dirección / Address:		
Teléfono / Phone Number:		

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: / EMERGENCY PHONE CONTACT:

Nombre / Name	Parentesco / Relationship	Teléfono / Phone Number	Teléfono Celular / Mobile Number

Este reporte debe de ser llenado en algunas secciones por el Pediatra de su hijo. La información aquí contenida nos ayudará a actuar de manera correcta ante cualquier cambio en la salud de su hijo. Favor de llenar este reporte de forma veraz. Anexar copia de Cartilla de vacunación actualizada a la edad del niño. / This report must be filled by your pediatrician. The information contained here will help us to act correctly with any change in your child's health. Please fill out this report in a truthful manner. Attach a copy of updated vaccination certificates upon the age of the child.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES / CURRENT ILLNESS (Para ser llenado por su Pediatra / For your Pediatrician to fill)

Enfermedad / Illness	Si / Yes	No / No	Indicaciones / Medicamentos/ Limitaciones (Indications / Medications / Limitations)
Diabetes / Diabetes			
Deficiencia Cardíaca / Heart disease			
Convulsiones / Convulsions			
Déficit de atención / ADHD			
Cirugías / Major surgery			
Accidentes / Accidents			
Alergia a alimentos / Food allergies			
Alergia a medicamentos / Medications allergies			
Alergia a picaduras de insectos / Animal allergies			
Síndromes o enfermedades congénitas / Congenital diseases			
Otro / Other			

DATOS DEL PEDIATRA O MÉDICO FAMILIAR / FAMILY DOCTOR OR PEDIATRICIAN

Nombre / Name	Teléfono / Phone Number	Teléfono Celular / Mobile Number

Yo, el Dr. _____ certifico que la información médica contenida en este documento es verídica y actualizada a la fecha de la solicitud. Cedula Profesional _____
 (I certify that all information provided here is accurate and complete to the best of my knowledge). _____

Firma / Sign

REQUISITOS DE ADMISIÓN / ADMISSION REQUIREMENTS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del alumno (original y copia) / <i>Student's Birth Certificate (original and copy)</i> | <input type="checkbox"/> Carta de no adeudo del colegio anterior (en caso de aplicar) / <i>Letter of no debt from previous school (if applicable)</i> |
| <input type="checkbox"/> Copia de CURP del alumno / <i>Student's CURP</i> | <input type="checkbox"/> Formulario confidencial (confidentiality form) |
| <input type="checkbox"/> Carta de buena salud / <i>Good health letter</i> | <input type="checkbox"/> Calificaciones del colegio anterior (en caso de aplicar) / <i>Final grades from previous school (if applicable)</i> |
| <input type="checkbox"/> 3 fotos tamaño credencial a color / <i>3 student's credential photos</i> | <input type="checkbox"/> Calificaciones SEP de grados anteriores / <i>SEP grades from previous school years</i> |
| <input type="checkbox"/> Copia de credencial de elector y de pasaporte de ambos padres / <i>Parent's copy ID and passport</i> | <input type="checkbox"/> Carta de recomendación de la familia, otorgada por una familia de la comunidad actual (en caso de aplicar) / <i>Family recommendation letter from a family from the current school community (if applicable)</i> |
| <input type="checkbox"/> Carta de buena conducta / recomendación del alumno otorgada por el colegio anterior en sobre sellado (en caso de aplicar) / <i>Student's Reference Letter given by the previous school in a sealed envelope (if applicable)</i> | |

¿QUIÉN LO RECOMIENDA A QUE SE INSCRIBA A DOCET? / WHO IS RECOMMENDING YOU TO APPLY TO DOCET?

Apellidos de la familia / Family name	Grado que cursan actualmente / Current grade	Teléfono / Phone number

¿CÓMO SE ENTERARON DE DOCET? / HOW DID YOU FIND OUT ABOUT DOCET?

--

AUTORIZACIÓN PARA RECOGER / PICK UP AUTHORIZATION

--

AUTORIZACIÓN DE ALIMENTOS / FOOD AUTHORIZATION

Por medio de la presente autorizo que mi hijo(a) reciba el lunch matutino que Docet otorga dentro de sus instalaciones.
I hereby authorize my child to receive the morning lunch provided by Docet within their facilities.

Si Autorizo/ I Authorize

Si / Yes / No

Nombre y firma / Name and signature:

AUTORIZACIÓN MÉDICA / MEDICAL AUTHORIZATION

En caso de emergencia autorizo a Docet a suministrar los siguientes medicamentos a mi hijo, después de que la enfermera del Instituto me haya llamado para informarme la situación antes de administrar el medicamento.
In case of emergency I hereby authorize the school to give the following medication to my child, after the school's nurse spoken with me.

Advil (ibuprofeno)

Si / Yes / No

Tylenol (Acetaminofen)

Si / Yes / No

Tempra (Paracetamol)

Si / Yes / No

Si Autorizo/ I Authorize

Si / Yes / No

Nombre y firma / Name and signature:

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES VERÍDICA.
I certify that all of the information provided herein is accurate to the best of my knowledge.

Firma del Padre / Father's signature

Firma de la Madre / Mother's signature