



CEP. "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO

CONGREGACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA
CARIDAD DEL BUEN PASTOR



Formato P.Ad / 02.RMCH

Código

SOLICITUD DE ADMISION

Fotografía
de la
Postulante

Fotografía
de la
Madre

Fotografía
del
Padre

1. Nivel y grado al que postula: Inicial de ____ años. Primaria ____ grado. Secundaria ____ grado.

2. Datos de la Postulante: _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ DNI: _____
 Colegio de Procedencia: _____ Lugar: _____
 Ha postulado anteriormente al colegio: Si, año(s) _____ No
 Actualmente está matriculado en un jardín/nido/colegio: No
 Si Colegio: _____ Teléfono: _____

3. Datos del Padre: _____ DNI: _____

Apellidos _____ Nombres _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ RUC _____
 Estudios escolares en: _____ Ex alumno Chequista: Si No
 Estudios superiores en: _____ Grado obtenido: _____
 Centro de trabajo: _____ Ocupación: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____

4. Datos de la Madre: _____ DNI: _____

Apellidos _____ Nombres _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ RUC _____
 Estudios escolares en: _____ Ex alumna Chequista: Si No
 Estudios superiores en: _____ Grado obtenido: _____

Centro de trabajo: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____

5. Datos Familiares:

Datos de los hermanos del postulante, empezando por el menor

Nombres	Edad	Grado de estudios	Centro de estudios

6. Parroquia a la que pertenece: _____

7. Domicilio de la familia del postulante: _____

Avenida / Calle / Jirón

Nro.

_____ Teléfono: _____

Urbanización

Distrito

Firma del Padre

Firma de la Madre

Importante: Cualquier falta de veracidad en los datos proporcionados, podría invalidar la solicitud.
Solo se recibirán las solicitudes debidamente llenadas y con documentación completa.



CEP. "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO

CONGREGACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA
CARIDAD DEL BUEN PASTOR



DECLARACION DEL PADRE DE FAMILIA

El Padre de Familia, que suscribe el presente documento de acuerdo a lo establecido en el Artículo 3° de la Ley de Centros Educativos Privados 26549, concordante con el Art. 5° de la Ley de Promoción de la inversión en la Educación. Decreto Legislativo 882, con los Arts. 5°, inc d) y 6° inc. e) del Decreto Supremo N° 011-98-ED.

DECLARA: Conocer la información relacionada con el costo del servicio educativo, así como el marco doctrinal que sustenta la educación del colegio "Rosa María Checa" que está promovida por la Congregación del Buen Pastor, y por tanto sus fines y objetivos establecidos en el Reglamento Interno de la institución expresando mi compromiso de observar y respetar dicho marco doctrinal y Reglamento mencionado.

ASUME: El compromiso de honrar con el pago de las pensiones de enseñanza, a más tardar el último día hábil de cada mes, correspondiente al servicio educativo, reconociendo que el Presupuesto de Operación e Inversión del Colegio se financia fundamentalmente con las pensiones de enseñanza que a su vez solventan el pago de remuneraciones del personal docente, administrativo y mantenimiento, así como la adquisición de bienes y pago de servicios (luz, agua, teléfono, internet, etc.) y que el pago oportuno y puntual de dichas pensiones evita intereses y recargos que se establece en la institución de acuerdo a Ley.

ASUME: El compromiso de participar activamente en actividades culturales, religiosas y deportivas programadas por la institución para favorecer la integración de la familia chequista.

DECLARA: Conocer el costo de las pensiones de enseñanza durante el año 2019, las cuales responden a las necesidades institucionales y servicios necesarios para la continuidad de la prestación del servicio educativo.

ACEPTA: Que en caso de que la hija o pupila del declarante sea retirada o trasladada de la institución educativa por cualquier motivo y en cualquier época del año, se compromete expresamente a no efectuar reclamaciones ante el colegio respectivo de matrícula, inscripción, pensiones de enseñanza y cuotas de ingreso (No reembolsable).

DECLARA: Conocer de acuerdo a las disposiciones legales vigentes, que el Colegio tiene la facultad de no incluir en los documentos evaluatorios las calificaciones por los períodos no pagados, retener los certificados de estudios correspondientes a períodos no pagados y a no ratificar la matrícula de la alumna al año siguiente por falta de puntualidad en el pago de las pensiones de enseñanza correspondientes al servicio educativo proporcionado en el año lectivo 2019.

ACEPTA: Que el incumplimiento del pago de pensiones de enseñanza dará lugar a un interés moratorio establecido por el Banco Central de Reserva del Perú.

PRECISA: Que la persona o personas obligadas al pago de la cuota de matrícula, pensiones de enseñanza y otros señalados anteriormente son.....
.....Padre ____ Madre_____.

DECLARA: Conocer que las Boletas de Notas sólo serán entregadas a los padres de familia que se encuentran al día con la cancelación de las pensiones de enseñanza.

DECLARA: Conocer que de acuerdo a las disposiciones legales vigentes dentro del marco de la diversificación curricular y la libre disponibilidad del tercio curricular de horas, a que está facultada la Institución Educativa durante el año lectivo puede variarse el cuadro de distribución de horas en procura de optimizar el servicio educativo asegurando que se cumplan con las horas mínimas establecidas para cada nivel educativo.

SE OBLIGA: A no involucrar a la Institución Educativa en los procesos judiciales o extrajudiciales sobre asunto de tenencia y régimen de visitas de su hija o hijas.

Chiclayo..... de del 201_

Directora: (firma)_____

Padre o Madre (firma)_____

Nombres y apellidos: _____

Documento de identidad:_____

Domicilio:_____

Teléfono (domicilio)_____

Celular: _____



CEP. "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO

CONGREGACIÓN NUESTRA SEÑORA DE
LA CARIDAD DEL BUEN PASTOR



INFORME ECONÓMICO DE LA FAMILIA

1. Datos de la Postulante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

La información que ustedes nos proporcionan es confidencial.

2. Propiedades inmuebles de la familia:

3. Ingresos mensuales:
Por trabajo del padre: S/. _____
Por trabajo de la madre: S/. _____

4. Otros Ingresos:

- Documentación sustentatoria:** (Adjuntar fotocopias)
- Declaración Jurada de Renta del pasado año presentada a la SUNAT.
 - Tres últimas boletas de pago de remuneraciones de padre y madre.
 - Si tienen ingresos por negocio propio, los PDT IGV-Renta de los tres últimos meses.
 - Declaración jurada para trabajadores independientes
 - Otros que crean conveniente.

El Colegio se reserva el derecho de verificar la información proporcionada a través de centrales de riesgo o por otros medios (INFOCORP).

Apellidos y nombre del padre o madre que llena el informe:

Fecha: ____/____/20____
 día mes año

_____ Firma



CEP. "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO

CONGREGACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA
CARIDAD DEL BUEN PASTOR



La caridad es el motor de nuestras obras

DISPOSICIONES SOBRE EL PROCESO DE ADMISIÓN 2019

Señores Padres de Familia:

Al inscribir a su hija como postulante a una vacante en el Colegio "Rosa María Checa", les informamos lo siguiente:

1. Inscribir a su hija como postulante a una vacante en el Colegio "Rosa María Checa", no le da derecho a una vacante; le da derecho a participar del proceso de admisión de nuevas alumnas.
2. Finalizado el proceso de admisión de nuevas alumnas y entregadas las cartas de respuesta, **el Colegio no brindará información verbal, ni escrita al respecto, por cuanto se trata de documentación confidencial.**

Habiendo sido informados de las disposiciones sobre el proceso de admisión de nuevos alumnas, y si están Ustedes de acuerdo con ellas, les agradeceremos dejar constancia con sus firmas

Hna. Alicia Rojas Balvín
Directora

Estamos informados de las disposiciones dadas por el Colegio respecto al proceso de admisión de nuevas alumnas, por lo tanto nos comprometemos a observar y cumplir con los requisitos y condiciones establecidas; y a respetar los resultados que publique el Colegio, renunciando a cualquier reclamo posterior.

Asimismo, nos comprometemos a brindar información completa y veraz solicitada por el colegio, de lo contrario aceptamos perder la vacante de nuestra hija sin derecho a apelación por considerar ésta una falta contra la buena fe del Colegio.

Apellidos y nombres de la postulante: _____

Apellidos y nombres del padre: _____

Apellidos y nombres de la madre: _____

Fecha: ____ / ____ / 20__

Firma del Padre

Firma de la Madre



CEP. "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO

CONGREGACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA
CARIDAD DEL BUEN PASTOR



Código

FICHA PERSONAL DE LA POSTULANTE

Persona Referente: _____

Parentesco con la estudiante: _____ Fecha: _____

1. **Datos de la Postulante:** _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Fecha de Nacimiento: _____ Edad (en años): _____ DNI: _____

Lugar de Nacimiento: _____

País Departamento Provincia Distrito

Dirección domiciliaria actual: _____ Teléfono: _____

Año escolar que cursa actualmente: _____ Institución Educativa: _____

Sacramentos recibidos: Bautismo Comunión

ANTECEDENTES ESCOLARES:

	Colegios a los que asistió	Grados que cursó	Motivo de egreso
1			
2			
3			
4			
5			

2. Datos familiares:

De los Padres:

Nombre	Padre		Madre	
Vive?	<input type="radio"/> Sí	Edad actual	<input type="radio"/> Si	Edad actual
	<input type="radio"/> No	Edad deceso Motivo deceso	<input type="radio"/> No	Edad deceso Motivo deceso
Grado de instrucción				
Profesión				
Ocupación actual				
Centro trabajo				
	Distrito		Distrito	

Lugar de trabajo	Provincia		Provincia	
	Departamento		Departamento	
Teléfono trabajo				
Estado civil actual				
Observaciones				

De los hermanos (de mayor a menor)

Apellidos y nombres	Edad	Centro de estudios/ ocupación	Vive con la postulante	
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

De composición y Organización familiar

Separación de los padres: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, año: _____	El padre vive con la postulante: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Divorcio de los padres: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, año: _____	La madre vive con la postulante: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Nota: si alguno de los padres trabaja fuera de la ciudad pero vuelve al hogar periódicamente, debe marcar "SI"	

¿Alguien más vive con la postulante en el hogar (aparte del padre, madre, hermanos)?

Apellidos y nombres	Edad	Parentesco /afinidad	Ocupación

Situación laboral de los padres y crianza

¿Alguno de los padres trabaja fuera de la ciudad?	<input type="radio"/> No	Frecuencia con la que vuelve al hogar: _____ Tiempo de permanencia: _____
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre	

¿Quién acompaña a la estudiante fuera del horario escolar? _____

3. Pre natal y post natal (primeros años)

Embarazo: Normal Complicaciones ¿Cuáles? Especifique: _____

Gestación en meses: _____ Complicaciones ¿Cuáles? Especifique: _____

Parto: Normal Cesárea Complicaciones ¿Cuáles? Especifique: _____

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____

Primeros años: Gateo: No Si, edad: _____

Edad en la que dio sus primeros pasos: _____

Lenguaje comprensible al: 100% 50% 25% Aun no habla

Dejo el pañal de día: No Si, edad: _____

Dejo el pañal de noche: No Si, edad: _____

Antecedentes de salud.

Salud en la infancia (Marque las enfermedades que padeció):

Paperas Rubeola Varicela Sarampión Hepatitis Tifoidea Asma

Alergias a alimentos, medicinas (especifique) _____

Convulsiones (Causa – Tratamiento) _____

Otras _____

Accidentes, traumatismo	Edad	Reacción – Tratamiento

Intervenciones quirúrgicas - Motivo	Edad	Reacción – Tratamiento

Atención Neurológica - Motivo	Edad	Tratamiento

Atención psiquiátrica o psicológica - Motivo	Edad	Tratamiento

Problemas visuales: No Si, especifique: _____ Tratamiento: _____

Problemas auditivos: No Si, especifique: _____ Tratamiento: _____

Dificultades en el área motora	Edad	Motivo	Tratamiento
Inestabilidad motriz			
Espasmos (contracción)			
Problemas en la coordinación motora fina			
Dificultades de lenguaje			
Alguna característica particular que le dificulte realizar actividades físicas			

Tics ¿Cuál?	Edad	Tratamiento	¿Continúa?
			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si

			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
--	--	--	--------------------------	--------------------------

SUEÑO:

¿Duerme sola en su dormitorio? Si No, duerme con _____
Suele tener: Pesadillas Terror nocturno Sonambulismo Somnolencia durante el día
 Insomnio Habla dormida Rechina los dientes Exceso de sueño cuando duerme
¿Le teme a la oscuridad? Sí No
¿Cuántas horas duerme usualmente? _____

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN, OCIO, DESCANSO, OTROS

¿Tiene buen apetito? Sí No ¿A qué horas come usualmente? _____
¿Se chupa el dedo? Sí No ¿Se muerde las uñas? Sí No
Tiempo aproximado que ve televisión diariamente _____
¿Qué programas prefiere? _____
Tiempo aproximado y frecuencia de uso de video-juegos _____
Tiempo aproximado y frecuencia de uso de internet _____
¿Qué páginas o sitios suele visitar? _____

Consigne aquí información adicional sobre la postulante que usted crea importante para conocer su contexto familiar y de desarrollo

MUCHAS GRACIAS

Firma del Padre

Firma de la Madre