



FICHA DE DATOS

Código Modular: _____

Fotografía de la Postulante	Fotografía de la Madre	Fotografía del Padre
-----------------------------------	------------------------------	-------------------------

- Nivel y grado al que postula:** Inicial de _____ años. Primaria _____ grado. Secundaria _____ grado.
- 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/I.E.: No Si

Institución Educativa _____ Teléfono: _____
- Datos del Padre:** _____ DNI: _____

Apellidos
Nombres

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ RUC _____

Estudios escolares en _____

Estudios superiores en _____ Grado obtenido _____

Centro de trabajo _____ Ocupación _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____
- Datos de la Madre:** _____ DNI: _____

Apellidos
Nombres

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ RUC _____

Estudios escolares en _____

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

Referencia: _____

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.



DECLARACIÓN 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 de la Institución Educativa "Rosa María Checa" que está promovida por la Congregación Nuestra Señora de la Caridad 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 y cumplir con el pago de las pensiones de enseñanza presencial, a más tardar el último día hábil de cada mes, correspondiente al servicio educativo; reconociendo que el Presupuesto de Operación e Inversión de la Institución Educativa se financia fundamentalmente con las pensiones de enseñanza que a su vez solventan el pago de remuneraciones del personal docente, administrativo y de 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 2024, las cuales responden a las necesidades institucionales y servicios necesarios para la continuidad de la prestación del servicio educativo.

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

PRECISA: Que la persona o personas que asumen el pago de la Cuota de Matrícula, Pensiones de Enseñanza y otros señalados anteriormente es:

..... Padre () Madre () Apoderado ()

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 RECOMIENDA: No involucrar a la Institución Educativa en los procesos judiciales o extrajudiciales sobre asunto de tenencia y régimen de visitas de su hijo(a) o hijos(as).

Chiclayo ____ de _____ del 202 ____

Director: (firma) _____

Padre/Madre /Apoderado (firma) _____

Nombres y apellidos: _____

Documento de identidad: _____

Domicilio: _____

Teléfono (domicilio) _____

Celular: _____



IEP "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO

CONGREGACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA
CARIDAD DEL BUEN PASTOR



CARTA DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE ADMISIÓN

Chiclayo ____ de _____ del 202__

Prof. Luis Fernando Noblecilla Calderón
Director de la IEP "Rosa María Checa"
Presente.

Director:

Por medio de la presente solicito a usted se considere a mi menor hijo(a): _____
_____ como postulante al _____ del
Nivel _____ en el Proceso de Admisión de estudiantes nuevas para el año
escolar 2024, para lo cual cumplo con adjuntar la documentación requerida.

También dejo constancia que mi familia conoce los lineamientos educativos de la I. E.
"Rosa María Checa", con los cuales estamos plenamente de acuerdo y coinciden con
nuestras expectativas familiares, para que nuestra hija reciba una **FORMACIÓN ACADÉMICA,
HUMANÍSTICA Y CRISTIANA**, según la Pedagogía de Santa María Eufrasia y la orientación
de la Iglesia Católica.

Esperando formar parte de la Comunidad Educativa Chequista, en nombre de mi familia le
expreso las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA
DNI N° : _____



INFORME ECONÓMICO DE LA FAMILIA

1. Datos del (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.

Apellidos y nombre del padre/madre/apoderado que llena el informe:

Fecha: ____ / ____ / 20____
 día mes año

Firma



DISPOSICIONES SOBRE EL PROCESO DE ADMISIÓN 2024

Señores Padres de Familia:

Al inscribir a su hijo(a) como postulante a una vacante en la Institución Educativa "Rosa María Checa", les informamos lo siguiente:

1. Inscribir a su hijo(a) como postulante a una vacante en la Institución Educativa "Rosa María Checa", le da derecho a participar del proceso de admisión de nuevos estudiantes (no es ingreso directo)
2. Finalizado el proceso de admisión y al ser informados sobre el logro o no de la vacante; **la Institución Educativa no brindará información adicional en forma 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 estudiantes, y si están ustedes de acuerdo con ellas, les agradeceremos dejar constancia con sus firmas

Prof. Luis Fernando Noblecilla Calderón
Director

I.E.P "Rosa María Checa"
Prof. Luis Fernando Noblecilla Calderón
Director

Como Padres de familia estamos informados de las disposiciones dadas por la Institución Educativa respecto al Proceso de Admisión de nuevos estudiantes, por lo tanto, nos comprometemos a observar y cumplir con los requisitos y condiciones establecidas; y a respetar los resultados que publique la Institución Educativa, renunciando a cualquier reclamo posterior.

Asimismo, nos comprometemos a brindar información completa y veraz solicitada por la Institución Educativa de lo contrario aceptamos perder la vacante de nuestro hijo(a) sin derecho a apelación por considerar ésta una falta contra la buena fe de la Institución Educativa.

Apellidos y nombres del (de la) postulante: _____

Apellidos y nombres del padre: _____

Apellidos y nombres de la madre: _____

Apellidos y nombres del apoderado: _____

Fecha: ____ / ____ / 20__

Firma del Padre

Firma de la Madre



CEP. "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO

Formato P.Ad / 06.RMCH

CONGREGACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA
CARIDAD DEL BUEN PASTOR



Código Modular:

FICHA PERSONAL DEL (DE LA) POSTULANTE

Persona Referente: _____

Parentesco con el (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 Confirmación

ANTECEDENTES ESCOLARES:

	Instituciones Educativas 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"/> Sí	Edad actual
	<input type="radio"/> No	Año de deceso Motivo deceso	<input type="radio"/> No	Año de 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	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
		<small>Nota: si alguno de los padres trabaja fuera de la ciudad, pero vuelve al hogar periódicamente, debe marcar "SI"</small>

¿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: _____
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre	Tiempo de permanencia: _____

¿Quién acompaña al 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: _____

4. 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

SUEÑO:

¿Duerme sola en su dormitorio? Sí 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 de uso de internet para video/juegos/recreación/redes sociales _____

Tiempo aproximado y frecuencia de uso de internet _____

¿Qué páginas o sitios web 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

Firma del Apoderado