



Formato P.Ad/01.RMCH

FICHA DE DATOS

Código Modular:

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/I.E.: ☐ No ☐ Si

Institución Educativa _____ Teléfono: _____

3. 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: _____

4. 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.



CEGNE "ROSA MARÍA CHECA"
CHICLAYO



Congregación de
Nuestra Señora de la Caridad del
BUEN PASTOR
Perú

Formato P.Ad/02.RMCH

CARTA DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE ADMISIÓN

Chiclayo ____ de ____ del 202__

Prof. Alfonso Portocarrero Tafur
Director del CEGNE "Rosa María Checa"
Presente.

Señor 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
2026, para lo cual cumpla con adjuntar la documentación requerida.

También dejo constancia que mi familia conoce los lineamientos educativos de la
CEGNE "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 la fundadora, 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° _____



Formato P.Ad/03.RMCH

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 2026

Señores Padres de Familia:

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

1. Inscribir a su hijo(a) como postulante a una vacante en el CEGNE "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. Alfonso Portocarrero Tafur
Director

CEGNE "Rosa María Checa"
Prof. Alfonso Portocarrero Tafur
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



Código Modular:

FICHA PERSONAL DE LA (DEL) 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?	☐ Sí	Edad actual	☐ Si	Edad actual
	☐ No	Año de deceso	☐ No	Año de deceso
		Motivo 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
			☐ Si	☐ No
			☐ Si	☐ No
			☐ Si	☐ No
			☐ Si	☐ No
			☐ Si	☐ No
			☐ Si	☐ No
			☐ Si	☐ No

De composición y Organización familiar

Separación de los padres: ☐ No ☐ Si, año: _____		El padre vive con la postulante: ☐ No ☐ Si
Divorcio de los padres: ☐ No ☐ Si, año: _____		La madre vive con la postulante: ☐ No ☐ 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?	☐ No	Frecuencia con la que vuelve al hogar: _____
	☐ Si ☐ Padre	Tiempo de permanencia: _____
	☐ Madre	

¿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?
			☐ No ☐ Si
			☐ No ☐ 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

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