



Vancouver
International College

Vancouver International College

Bernardo de Balbuena No. 60 Col. Ladrón de Guevara
C.P. 44600 Guadalajara, Jalisco. México

Tel. (33) 3615 7074, (33) 3615 7075 Fax (33) 3615 4773
E-mail: admin@study-mexico.com www.vic-guadalajara.com

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

DOCUMENTACIÓN



- Solicitud de Inscripción
- Información Médica
- Información de Emergencia
- Acta de nacimiento (Original y Copia)
- CURP (Original y Copia)
- Carta de Traslado
(en caso de ingresar iniciando el curso)
- Copia de Cartilla de Vacunación
- Última boleta ó Certificado de Estudios
- 3 Fotografías del alumno (tamaño infantil)
- Carta de Buena Conducta
- 2 Fotografías de los padres (tamaño infantil)
- 2 Fotografías de las personas autorizadas a recoger al alumno (tamaño infantil)
- Copia de Identificación de los padres
- Copia de Identificación de las personas autorizadas a recoger al alumno
- Copia del comprobante de domicilio
- Hoja del Manual de Políticas firmada por los padres

Recibió documentos

Firma Padre / Madre ó Tutor

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

(Favor de escribir con letra de molde)

NOMBRE:	SEXO: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
APELLIDOS:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN CALLE, NÚMERO Y COLONIA:	
ENTRE LAS CALLES:	C.P. :
CIUDAD Y ESTADO:	NACIONALIDAD:
TELÉFONO CASA:	LUGAR DE NACIMIENTO:

INFORMACIÓN ACADÉMICA

(Favor de escribir con letra de molde)

IDIOMA NATAL:	INGLÉS <input type="radio"/>	ESPAÑOL <input type="radio"/>	OTRO:
SEGUNDO IDIOMA:	INGLÉS <input type="radio"/>	ESPAÑOL <input type="radio"/>	OTRO: PORCENTAJE QUE HABLA %
ESCUELA ANTERIOR:			
GRADO CURSADO:			
GRADO A INGRESAR:	<input type="radio"/> 1º	<input type="radio"/> 2º	<input type="radio"/> 3º

INFORMACIÓN ADICIONAL

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL MENOR

NOMBRE:	FOTO
PARENTESCO:	
TELÉFONO(S):	

NOMBRE:	FOTO
PARENTESCO:	
TELÉFONO(S):	

INFORMACIÓN DE LA MADRE

NOMBRE:
IDIOMAS QUE HABLA: INGLÉS <input type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/>
EN QUE EMPRESA TRABAJA:
GIRO DE LA EMPRESA:
PUESTO QUE DESEMPEÑA:
ANTIGÜEDAD:
DIRECCIÓN Y TELÉFONO (S):
CELULAR:
E-MAIL:

INFORMACIÓN DEL PADRE

NOMBRE:
IDIOMAS QUE HABLA: INGLÉS <input type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/>
EN QUE EMPRESA TRABAJA:
GIRO DE LA EMPRESA:
PUESTO QUE DESEMPEÑA:
ANTIGÜEDAD:
DIRECCIÓN Y TELÉFONO (S):
CELULAR:
E-MAIL:

ESTADO CIVIL: CASADOS SEPARADOS DIVORCIADOS SEGUNDO MATRIMONIO HACE CUANTO: _____

DATOS ECONÓMICOS

NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA:	NÚMERO DE PERSONAS QUE APORTAN EN EL GASTO FAMILIAR:
SITUACIÓN DE LA VIVIENDA <input type="radio"/> PROPIETARIO CON HIPOTECA <input type="radio"/> PROPIETARIO SIN HIPOTECA <input type="radio"/> RENTA <input type="radio"/> OTROS _____	SITUACIÓN DEL AUTOMOVIL <input type="radio"/> PROPIETARIO CON HIPOTECA <input type="radio"/> PROPIETARIO SIN HIPOTECA <input type="radio"/> RENTA <input type="radio"/> OTROS _____
NÚMERO DE VIVIENDAS CON LAS QUE CUENTA:	NÚMERO DE AUTOS CON LOS QUE CUENTA:

INFORMACIÓN ADICIONAL

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS

NOMBRE:

EDAD:

GRADO:

ESCUELA:

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS DE OTRO MATRIMONIO (SI LOS HAY)

NOMBRE:

EDAD:

HIJO DE:

VIVE CON:

ESCOLARIDAD:

¿Quiénes viven en la casa con el niño (a)? Especifique cada persona

¿Alguna vez se ha separado el niño (a) de uno o ambos padres?

¿Por cuánto tiempo?

Motivos

TELÉFONOS DE EMERGENCIA _____

SERVICIOS MÉDICOS

NOMBRE DEL DOCTOR FAMILIAR:
TELÉFONOS:
HOSPITAL DE SU PREFERENCIA:
TELÉFONOS:

¿El niño (a) presenta alguna alergia? Especifiquela

¿El niño (a) presenta alguna enfermedad (es) crónica (s)? Especifiquela

Si ha presentado problemas de salud recientemente como infecciones, parásitos, gripe etc; especifique en que fechas.

- ¿Tiene todas las vacunas? SI NO
- ¿Ha sufrido algún traumatismo? SI NO Tipo _____
- ¿Tiene algún defecto físico? SI NO Tipo _____
- ¿Presenta problemas de la vista? SI NO Tipo _____
- ¿Usa lentes? SI NO
- ¿Usa aparato audiométrico? SI NO
- ¿Se enferma con facilidad? SI NO
- ¿Ha asistido con algún psicólogo? SI NO
- ¿Por qué? _____
- ¿Cuánto tiempo? _____

Considera el estado general de la salud de su hijo (a) como:

- Muy bueno Bueno Regular Deficiente Malo Muy malo

ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO

ALIMENTACIÓN

¿El niño (a) tiene buen apetito? _____

¿Cuántas comidas come al día? _____

¿Qué hace si el niño (a) no quiere comer? _____

Si ya come sólo ¿Desde qué edad lo hace? _____

¿Alguien lo acompaña a comer todos los días? _____

¿Tiene un horario fijo de comidas? _____

¿De qué forma lo hacen comer alimentos que le desagradan? _____

¿Quién decide su dieta diaria? _____

Su peso es: Adecuado para su edad Arriba de lo normal Abajo de lo normal

SUEÑO

¿Hasta qué edad durmió con los padres? _____

¿Duerme tranquilo? SI NO

¿Tiene pesadillas? SI NO

¿Se despierta llorando? SI NO

¿Duerme solo? SI NO

¿Se pasa a la cama de los padres? SI NO ¿Con qué frecuencia? _____

¿Habla dormido? SI NO ¿Con qué frecuencia? _____

¿Le da problema acostarlo a dormir? SI NO

¿Qué hace cuando su hijo no quiere dormir? _____

Hora de acostarse _____ Hora de levantarse _____

¿Le tiene miedo a la oscuridad? SI NO

¿Le tiene miedo a la soledad? SI NO

¿Tiene temor al aislamiento? SI NO

ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO

SU ACTIVIDAD MOTRIZ ES:

MOTRICIDAD 

Por arriba de lo esperado para su edad
Torpe

Normal para su edad
Por abajo de lo esperado para su edad

LENGUAJE

¿A qué edad se dió a entender con palabras? _____

¿Qué lengua se habla en casa? _____

Presento algunos de los siguientes problemas de lenguaje:

Articulación Inversión de sílabas Lenguaje inmaduro Tartamudez

Otro _____

¿Sigue presentando alguno de los problemas antes mencionados? _____

VIVIENDA

¿El niño (a) tiene su propio cuarto? SI NO

¿Lo comparte con alguien? SI NO ¿Con quien? _____

¿Tiene algún lugar especial para estudiar? SI NO

¿Guarda sus cosas en un lugar específico? SI NO

¿Hay jardín o patio en su casa? SI NO

HÁBITOS PERSONALES / RESPONSABILIDADES

CON QUE FRECUENCIA

Vestirse	<input type="radio"/>	_____
Desvestirse	<input type="radio"/>	_____
Bañarse	<input type="radio"/>	_____
Peinarse	<input type="radio"/>	_____
Lavarse los dientes	<input type="radio"/>	_____
Preparar Útiles	<input type="radio"/>	_____
Arreglar sus juguetes	<input type="radio"/>	_____
Cortarse las uñas	<input type="radio"/>	_____
Lavar los trastes	<input type="radio"/>	_____
Tirar la basura	<input type="radio"/>	_____

ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO

INTERESES / ACTIVIDADES

¿Le gusta leer? _____

¿Cuántas veces por semana lee? _____

¿Cuántos libros de su nivel hay en su casa? _____

¿Qué tipo de programas suele ver? _____

¿Tiene videojuegos? _____

¿Cuántas horas diarias lo usa? _____

¿Sabe ahorrar? _____

¿Tiene una alcancía? _____

¿Recibe algún ingreso fijo? _____

¿Toma clases extra-escolares? _____

ACTIVIDAD	LUGAR	VECES POR SEMANA

¿Qué actividades disfruta cuando esta solo? _____

Qué actividades realiza con:

Papá _____

Mamá _____

Ambos _____

VIDA SOCIAL

¿Acostumbra jugar con niños de su edad? SI NO

¿Juega con niños más grandes? SI NO

¿Juega con niños más pequeños? SI NO

¿Sus amistades son constantes? SI NO

¿Invita a sus amigos a casa? SI NO ¿Con qué frecuencia? _____

¿Va de visita a otras casas? SI NO ¿Con qué frecuencia? _____

¿Comparte sus juguetes con facilidad? SI NO

¿Sabe perder con facilidad? SI NO

Usted considera que su hijo(a) es:

Muy sociable

Sociable

Le cuesta trabajo socializar

Nada sociable

ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO

ÁREA ESCOLAR 

	DE	A	LUGAR
GUARDERÍA			
KINDER			
1RO PRIMARIA			
2DO PRIMARIA			
AÑOS REPETIDOS			

CAUSA _____

IDIOMAS QUE DOMINA

IDIOMA _____ PORCENTAJE _____

IDIOMA _____ PORCENTAJE _____

IDIOMA _____ PORCENTAJE _____

¿Ha recibido algún premio o reconocimiento especial? _____

¿Ha sido expulsado alguna vez? ¿Porqué? _____

OTROS

¿Qué actividades realiza el fin de semana? _____

¿Asiste a paseos o viajes culturales? _____

¿En qué áreas cree su hijo(a) se puede desarrollar mejor? _____

¿Existe alguna experiencia familiar, escolar y/o social que haya afectado emocionalmente al niño (a) (muerte de un familiar, accidente, etc) _____

MARQUE UNA O VARIAS OPCIONES SEGÚN SEA EL CASO

Me considero un padre: Sobre protector Autoritario Rígido Cariñoso Frío Ausente Flexible

Otro _____

Mi relación con mi hijo (a) es: Muy buena Buena Regular Deficiente

Me considero una madre: Sobre protectora Autoritaria Rígida Cariñosa Fría Ausente Flexible

Otro _____

Mi relación con mi hijo (a) es: Muy buena Buena Regular Deficiente

Esta solicitud NO será considerada si no se entregan los documentos requeridos a la dirección. En caso de ser aceptado VIC reservará su lugar un tiempo máximo de 10 días hábiles. Si el alumno no quedara inscrito en ese tiempo su lugar se le cederá a otro solicitante.

Entiendo los requisitos (documentación requerida, copias legibles y / o originales) y estoy de acuerdo en suministrarlos a VIC. En caso de no hacerlo, estoy conciente de que VIC no se hará responsable por la acreditación oficial de los estudios de mi hijo (a).

La información proporcionada es verídica. Otorgo mi permiso para que VIC se comunique a otras escuelas donde ha asistido mi hijo (a) para pedir información de calificaciones, aprovechamiento y conducta.

Estoy de acuerdo de que si la S.E.P. requiere algún trámite de documentación; como legalización, revalidación, acreditación o equivalencia de estudios; me comprometo a realizarlos y entregarlos en la fecha que sea señalada.

FIRMA DE PADRE , MADRE O TUTOR

FECHA