

SOLICITUD NO. \_\_\_\_\_  
PAGO SOLICITUD: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE ADMISIÓN PREESCOLAR

(FAVOR DE IMPRIMIR Y LLENAR A MANO, GRACIAS)

**SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN ACEPTADAS, VER ÚLTIMA PÁGINA CON EL LISTADO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS.**

### DATOS FAMILIARES

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

NACIONALIDAD(ES) \_\_\_\_\_ EDAD ACTUAL (AÑOS/MESES): \_\_\_\_\_

SEXO:  FEMENINO  MASCULINO TIPO DE SANGRE/FACTOR RH: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

GRADO AL QUE DESEA INGRESAR:  MATERNAL (2 - 4 AÑOS)  PREESCOLAR (4 - 6 AÑOS)

ESCUELA DE PROCEDENCIA (NOMBRE Y TELÉFONO):  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ OFICINA: \_\_\_\_\_ CASA: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ OFICINA: \_\_\_\_\_ CASA: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PADRES:**

CASADOS \_\_\_\_ SEPARADOS \_\_\_\_ UNIÓN LIBRE \_\_\_\_ DIVORCIADOS \_\_\_\_ MADRE O PADRE SOLTEROS \_\_\_\_

¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO? \_\_\_\_\_

¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA? \_\_\_\_\_

SI NO ES ALGUNO DE LOS PADRES (ESCRIBIR NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA)

\_\_\_\_\_

DESCRIBA BREVEMENTE CÓMO FUERON LAS CONDICIONES DEL EMBARAZO.

¿A LAS CUÁNTAS SEMANAS DE GESTACIÓN NACIÓ EL NIÑO? \_\_\_\_\_

¿HUBO ALGÚN PROBLEMA O DIFICULTAD EN EL NACIMIENTO? SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE BREVEMENTE.

¿DURACIÓN DE LA LACTANCIA? \_\_\_\_\_

EDAD EN LA QUE ALCANZÓ LOS SIGUIENTES HITOS DEL DESARROLLO

GATEO \_\_\_\_\_

PRIMERAS PALABRAS \_\_\_\_\_

CAMINÓ \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y RELACIÓN DE LAS DEMÁS PERSONAS QUE VIVEN EN CASA CON EL NIÑO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DÍA / MES / AÑO

**NOMBRES Y EDADES DE LOS HERMANOS QUE NO VIVEN EN LA CASA:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

¿CÓMO TE ENTERASTE DEL COLEGIO INLAKESH?

¿CONOCE A ALGUNA FAMILIA DENTRO DEL COLEGIO? EN CASO AFIRMATIVO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA FAMILIA.

¿POR QUÉ ESTAS CONSIDERANDO EL COLEGIO INLAKESH PARA TU HIJO(A)?

¿CUÁLES SON TUS EXPECTATIVAS DE LA ESCUELA?

COMO MIEMBRO DE UNA ESCUELA QUE TRABAJA EN CONJUNTO CON LOS PADRES, ¿QUÉ TALENTOS, RECURSOS O INTERESES ESTÁN DISPUESTOS A COMPARTIR PARA ENGRANDECER LA COMUNIDAD DEL COLEGIO INLAKESH?

- TRABAJO COMUNITARIO
- DAR ALGÚN CURSO
- TRABAJO PARA CONSEGUIR RECURSOS PARA LA ESCUELA
- EN BASE A SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS DE TRABAJO O CONOCIMIENTO A LA ESCUELA.
- TRABAJO VOLUNTARIO DENTRO DE LA ESCUELA
- DONACIONES EN DINERO O EN ESPECIE

¿CONOCE USTED LA PEDAGOGÍA WALDORF? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CUÁL HA SIDO SU ACERCAMIENTO CON ESTA PEDAGOGÍA?

## VIDA ESCOLAR

¿LE GUSTA ASISTIR A LA ESCUELA A SU HIJO(A)? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CÓMO HA SIDO SU APROVECHAMIENTO ESCOLAR?

¿HA PRESENTADO SU HIJO ALGUNA DIFICULTAD ACADÉMICA? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CÓMO SE AFRONTÓ LA SITUACIÓN?

¿A QUÉ EDAD INGRESÓ SU HIJO A LA ESCUELA? \_\_\_\_\_

NOMBRES DE LAS ESCUELAS A LAS QUE HA ASISTIDO:

---

---

---

¿HA TENIDO SU HIJO PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE.

¿HA PRESENTADO ALGUNA ALTERACIÓN EN SU DESARROLLO? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES?

MOTOR \_\_\_\_\_ LENGUAJE \_\_\_\_\_ SENSORIAL \_\_\_\_\_ CONDUCTUAL \_\_\_\_\_

EMOCIONAL \_\_\_\_\_ MEDICO (OTITIS MEDIA) \_\_\_\_\_ ALIMENTACIÓN \_\_\_\_\_

¿PRESENTA O HA PRESENTADO ALGUNA ENFERMEDAD SERIA? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO O RECIBE ALGÚN TIPO DE TERAPIA? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿POR QUÉ MOTIVO? \_\_\_\_\_

¿QUIÉN SUGIRIÓ ESTA TERAPIA? (ESCUELA, MÉDICO, PADRES, ETC.)

---

¿CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO? (ANEXAR ESTUDIO, DIAGNÓSTICO Y AVANCES TERAPÉUTICOS)

NOMBRE Y TELÉFONO DEL TERAPEUTA

---

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA SU HIJO(A) ACUDIENDO A TERAPIA? \_\_\_\_\_

EN CASO DE QUE YA NO ASISTA A TERAPIA, ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO ASISTIÓ? \_\_\_\_\_

¿POR QUÉ DEJO LA TERAPIA? \_\_\_\_\_

---

## VIDA EN CASA

¿A QUÉ HORA DESPIERTA SU HIJO(A) ENTRE SEMANA? \_\_\_\_\_ ¿EN FIN DE SEMANA? \_\_\_\_\_

¿SE VISTE SOLO(A)? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿DESAYUNA? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿TIENE UNA DIETA ESPECIAL? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ESPECIFIQUE

¿TIENE ALERGIA HACIA ALGÚN ALIMENTO O MEDICAMENTO? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿EN CASO AFIRMATIVO, A CUÁL? \_\_\_\_\_

¿CÓMO DESCRIBIRÍA LA PERSONALIDAD DE SU HIJO? (TÍMIDO, EXTROVERTIDO, CARIÑOSO, ETC.)

¿CÓMO RESPONDE ANTE LOS LÍMITES DE LA AUTORIDAD?

¿QUÉ ACTIVIDADES FÍSICAS E INTERESES PERSONALES DISFRUTA MÁS SU HIJO(A)?

ESPECIFIQUE EL TIEMPO ESTIMADO QUE SU HIJO PASA DURANTE EL DÍA:

VIENDO TELEVISIÓN O VIDEOS \_\_\_\_\_

JUGANDO VIDEO JUEGOS \_\_\_\_\_

JUEGO LIBRE \_\_\_\_\_

SI LA TELEVISIÓN, VIDEOS O COMPUTADORA SON PARTE DE LA RUTINA DIARIA DE TU HIJO(A), POR FAVOR ESCRIBE, COMO TRABAJARÍAS EN CASA PARA BUSCAR ELIMINAR ESTAS INFLUENCIAS EN LA VIDA DE TUS HIJOS.

¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNA EXPERIENCIA CON ALGUNA LENGUA EXTRANJERA? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON CUÁL Y POR CUÁNTO TIEMPO?

¿PERTENECEN A ALGUNA PRÁCTICA RELIGIOSA O ESPIRITUAL? Sí \_\_\_ NO \_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

DESCRIBE EL PROGRESO DE INDEPENDENCIA, MOTIVACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE TU HIJO(A) EN RELACIÓN A LOS SIGUIENTES TEMAS:

HIGIENE (LAVARSE MANOS, DIENTES, IR AL BAÑO, ETC.):

HÁBITOS DE CASA (RECOGER JUGUETES, SU ROPA, EL PLATO DE COMIDA, ETC.):

POR FAVOR COMPARTA CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE USTED QUISIERA QUE NOSOTROS SEPAMOS PARA CONSIDERAR SU SOLICITUD. (CIRCUNSTANCIA O CAMBIOS RECIENTES EN LA VIDA DE SU HIJO, MUDANZA, PÉRDIDAS SIGNIFICATIVAS, ETC.)

**NOTIFICO AL COLEGIO INLAKESH QUE:**

- \*LA INFORMACIÓN QUE HE DADO A TRAVÉS DE ESTA SOLICITUD ES COMPLETA Y VERDADERA.
- \*HEMOS DISCUTIDO COMO FAMILIA LOS ASPECTOS ÚNICOS SOBRE LA EDUCACIÓN WALDORF Y ESTAMOS DISPUESTOS A HACER LOS CAMBIOS NECESARIOS QUE LA ESCUELA NOS PIDA EN BENEFICIO DE NUESTRO HIJO O HIJA.
- \*ME COMPROMETO A LEER EL REGLAMENTO DE LA ESCUELA Y CUMPLIR CON ÉL.
- \*EL COLEGIO INLAKESH PROMUEVE UN DIÁLOGO DIRECTO FAMILIA-ESCUELA, POR ELLO CUALQUIER INCONFORMIDAD, SUGERENCIA O CASO ESPECÍFICO, DEBE TRATARSE CON EL ÁREA CORRESPONDIENTE DENTRO DE LA MISMA.
- \*COMO PADRES NOS COMPROMETEMOS A ASISTIR A LAS DOS EVALUACIONES INDIVIDUALES Y TRES JUNTAS PEDAGÓGICAS. ASÍ COMO TAMBIÉN ASISTIR POR LO MENOS A 6 EVENTOS PROGRAMADOS DURANTE EL CICLO ESCOLAR (PLÁTICAS, EXCURSIONES, CASA ABIERTA, CELEBRACIONES, ETC.)

*NOTA: EN CASO DE NO CUMPLIR CON ALGUNO DE ESTOS ACUERDOS, LA ESCUELA SE RESERVA EL DERECHO A LA REINSCRIPCIÓN.*

\_\_\_\_\_  
FECHA DÍA/MES/AÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FECHA DÍA/MES/AÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA MADRE

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- REALIZAR PAGO DE SOLICITUD DE ADMISIÓN (\$650.00MN. NO REEMBOLSABLE Y PAGO EN EFECTIVO)
- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DE SU HIJO.
- CUATRO FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL DE SU HIJO.
- CARTA DE NO ADEUDO DE ESCUELA ACTUAL. (EN CASO DE QUE APLIQUE)
- CARTA DE BUENA CONDUCTA DE ESCUELA ACTUAL. (EN CASO DE QUE APLIQUE)
- COPIA DE BOLETA DE CALIFICACIONES. (EN CASO DE QUE APLIQUE)
- COPIA IDENTIFICACIÓN OFICIAL PADRES (IFE O PASAPORTE).
- COPIA DEL CURP DE SU HIJO.
- DOS CARTAS DE REFERENCIA O RECOMENDACIÓN DE FAMILIAS DE LA ESCUELA.
- CERTIFICADO MÉDICO DE SU HIJO.
- UNA FOTOGRAFÍA FAMILIAR.

## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DE SU HIJO.

ESTE DOCUMENTO OTORGA PERMISO PARA QUE EL COLEGIO INLAKESH SOLICITE INFORMACIÓN DE:  
\_\_\_\_\_ EN RELACIÓN A:

NOMBRE DEL ALUMNO

ESCUELAS ANTERIORES, TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS, INFORMACIÓN MÉDICA, CONDUCTA,  
CALIFICACIONES, EVALUACIONES, ETC.

**AUTORIZO:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Colegio Inlakesh

(1520 0043 :: 1520 0597 :: Encinal S/N, Col. Tarango, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01620, CDMX  
admisiones@colegioinlakesh.edu.mx :: www.colegioinlakesh.edu.mx