



INSTITUTO BILINGÜE INTERNACIONAL DE MONTERREY, S.C.

Excelencia Moral, Mental y Física

UNIDAD LIBERTAD	AVE. MONTERREY NO.316 COLONIA LIBERTAD, GUADALUPE, N.L. TELS. 8183775504 Y 8183792499 E-MAIL unidadlibertad@ibimty.edu.mx
UNIDAD CONTRY	CZDA LOS ENCINOS NO.1900 COL. CONTRY LOS ENCINOS, GPE. N.L. TELS. 8183236817 Y 8183236818 E-MAIL unidadcontry@ibimty.edu.mx



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

FAVOR DE LLENAR CON LETRA SCRIPT MUY CLARA
UTILICE PLUMA O LLENE EN COMPUTADOR.

FECHA DE SOLICITUD	DIA	MES	AÑO
--------------------	-----	-----	-----

MATRÍCULA	CICLO ESCOLAR	GRADO AL QUE ASPIRA	SECCIÓN (MARCAR CON X)
			<input type="checkbox"/> MATERNAL NURSERY <input type="checkbox"/> PREESCOLAR KINDERGARTEN <input type="checkbox"/> PRIMARIA ELEMENTARY <input type="checkbox"/> SECUNDARIA JR. HIGH

DATOS DEL ALUMNO (A)

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	ESCUELA DE PROCEDENCIA Y CIUDAD (EN DONDE ESTUDIÓ EL ÚLTIMO GRADO)	EL NIÑO VIVE CON:	RESPONSABLE DEL NIÑO:
DÍA	MES	AÑO			<input type="checkbox"/> PADRE Y MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> ABUELOS <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> PADRE Y MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> ABUELOS <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTROS

SEXO (MARCAR CON X)	LUGAR DE NACIMIENTO (POBLACIÓN, ESTADO Y PAÍS)	NACIONALIDAD
<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		

CURP (UN NÚMERO O LETRA POR CASILLA)																				
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERNO, NÚMERO INTERNO, COLONIA, MUNICIPIO, ESTADO, C.P.)

DATOS DE LOS PADRES	PADRE/TUTOR	EX ALUMNO IBI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MADRE/TUTOR	EX ALUMNO IBI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
NOMBRE (S) Y APELLIDOS								
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	NACIONALIDAD	DÍA	MES	AÑO	NACIONALIDAD
DOMICILIO (SOLO EN CASO DE SER DIFERENTE AL ASPIRANTE ARRIBA MENCIONADO)	CALLE Y NÚMERO			CALLE Y NÚMERO				
	MUNICIPIO O POBLACIÓN			MUNICIPIO O POBLACIÓN				
TELÉFONO DE CASA								
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE		<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE			
PROFESIÓN / ESPECIALIDAD								
OCUPACIÓN / PUESTO								
EMPRESA DONDE LABORA			GIRO			GIRO		
DOMICILIO DE LA EMPRESA								
TELÉFONO DE LA EMPRESA			EXTENSIÓN			EXTENSIÓN		
TELÉFONO CELULAR								
CORREO ELECTRÓNICO								



PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO (A)	PARENTESCO	TELÉFONO

MÉDICO FAMILIAR: _____

SEGURIDAD SOCIAL: S.S.A. I.M.S.S. I.S.S.S.T.E. SECCIÓN 50 CLÍNICA NOVA
 CLÍNICA CUAUHEMOC OTROS _____
 GMM _____ TEL. _____

NO. AFILIACION: _____ **NO. POLIZA:** _____

NUTRICIÓN:

TALLA _____

PESO _____

SALUD BUCAL	SANGRADO <input type="checkbox"/>	CARIES <input type="checkbox"/>	PIEZAS EMPASTADAS <input type="checkbox"/>
AGUDEZA VISUAL	OJO DERECHO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ESTRABISMO <input type="checkbox"/> OTROS _____		
	OJO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ESTRABISMO <input type="checkbox"/> OTROS _____		
	USA LENTES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
AGUDEZA AUDITIVA	OÍDO DERECHO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> USA APARATO		
	OÍDO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> USA APARATO		
POSTURA DE LA COLUMNA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL	
LATERALIDAD DOMINANTE	<input type="checkbox"/> DERECHA	<input type="checkbox"/> IZQUIERDA	
ACCIDENTES	<input type="checkbox"/> FRACTURAS	CANTIDAD _____	
ALERGIAS	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ALERGIAS _____	
TIPO DE SANGRE			

	SI	NO	¿CUAL?
¿Presenta alguna necesidad educativa especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene algún padecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Se le administra algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Presento problemas al nacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Observaciones: _____

HERMANOS (AS) DEL SOLICITANTE	NOMBRE (S)	EDAD	GRADO	ESCUELA
	NOMBRE (S)	EDAD	GRADO	ESCUELA
	NOMBRE (S)	EDAD	GRADO	ESCUELA

¿CUANTAS HORAS DEL DÍA PASA EL NIÑO (A) VIENDO TELEVISIÓN Y/O JUGANDO VIDEOJUEGOS?

¿QUIEN CUIDA AL NIÑO(A) MIENTRAS USTED NO ESTA EN CASA?

¿CUANTOS REFRESCOS EMBOTELLADOS CONSUME EL NIÑO(A) AL DÍA?

¿QUE CANTIDAD DE FRUTAS Y VERDURAS CONSUME EL NIÑO(A)? MUCHO POCO NADA

¿CUANTAS HORAS DUERME EL NIÑO(A) AL DÍA? 4 A 6 HRS 6 A 8 HRS 8 A 10 HRS

¿QUE LUGARES LE GUSTA VISITAR MÁS AL NIÑO(A)? ZOOLOGICO PLAYA CINE ACAMPAR CLUB DEPORTIVO

MENCIONA 3 REGLAS O LÍMITES IMPORTANTES QUE SE MANEJAN EN CASA

DESCRIBA BREVEMENTE AL NIÑO(A)		
ACADEMICAMENTE	SOCIALMENTE	PERSONALIDAD

GUSTOS DEL NIÑO (A)

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIBUJO | <input type="checkbox"/> JUEGOS DE MESA | <input type="checkbox"/> FOOTBALL | <input type="checkbox"/> VOLEIBALL |
| <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS | <input type="checkbox"/> PINTURA | <input type="checkbox"/> CORRER | <input type="checkbox"/> BOLICHE |
| <input type="checkbox"/> GOLFITO | <input type="checkbox"/> GIMNASIO | <input type="checkbox"/> SQUASH | <input type="checkbox"/> SALTO |
| <input type="checkbox"/> LECTURA | <input type="checkbox"/> NATACIÓN | <input type="checkbox"/> LENGUAS | <input type="checkbox"/> PING PONG |
| <input type="checkbox"/> BASQUETBALL | <input type="checkbox"/> BICICLETA | <input type="checkbox"/> PATINAJE HIELO | <input type="checkbox"/> CANTO |
| <input type="checkbox"/> PATINAJE RUEDAS | <input type="checkbox"/> DANZA | <input type="checkbox"/> MÚSICA | <input type="checkbox"/> TENIS |

TELÉFONOS DE EMERGENCIA:	PREGUNTAR POR:

¿POR CUÁL MEDIO CONOCIÓ AL COLEGIO? <input type="checkbox"/> INTERNET - PÁGINA WEB <input type="checkbox"/> FACEBOOK <input type="checkbox"/> HERMANOS EN EL COLEGIO <input type="checkbox"/> ANUNCIO EN EL PERIÓDICO <input type="checkbox"/> PAPÁ Y/O MAMÁ EXALUMNO (A) <input type="checkbox"/> RECOMENDACIÓN	OTRO:
	RECOMENDADO POR:

FIRMA EL PAPÁ / TUTOR

FIRMA DE MAMÁ / TUTORA

“Los padres o tutores declaran que la información proporcionada en la presente solicitud de inscripción es verdadera y completa. El Instituto Bilingüe Internacional de Monterrey se reserva el derecho de admitir y/o mantener al alumno en nuestra institución, en caso de que los padres o tutores omitan información en la presente solicitud o la información sea falsificada.”