

SOLICITUD DE ADMISIÓN
Ciclo Escolar 2019 – 2020

MISIÓN DE LA FUNDACIÓN

Somos una institución asistencial con 100 años de historia, sensible a las necesidades de la sociedad mexicana, comprometidos con nuestros niños, jóvenes, adultos mayores, colaboradores y familiares. Integramos una comunidad que permite a nuestros huéspedes vivir en plenitud y a nuestros estudiantes contar con una educación de excelencia y desarrollo humano integral, fundamentada en valores, conocimientos y desarrollo de habilidades acordes a las exigencias del mundo actual.

VISIÓN DE LA FUNDACIÓN

Ser siempre una Institución Asistencial sólida y reconocida como un modelo a seguir en la búsqueda permanente de la excelencia en la atención y mejora de la calidad de vida de adultos mayores; así como en la educación y formación de estudiantes con un alto sentido de reciprocidad con la Fundación y la sociedad. Queremos el continuo crecimiento en la asistencia a beneficiarios menos favorecidos, mediante la obtención de donativos recurrentes y contando con personal apasionado y orgulloso de su contribución.

(IMPRIMIR EN HOJA TAMAÑO OFICIO Y LLENAR CON TINTA NEGRA Y LETRA DE MOLDE)

Sección: Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Grado que solicita:

Estimados Padres de Familia:

Requerimos que la información sea verídica, ya que al comprobar lo contrario, nos veremos en la obligación de invalidar su Solicitud de Admisión.

El Instituto y el Patronato de la Fundación se reservan el Derecho de Admisión.

FOTO DE LA
ASPIRANTE
RECIENTE
A COLOR

I. DATOS PERSONALES DE LA ASPIRANTE:

NOMBRE COMPLETO

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

DOMICILIO:

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía o Municipio

Teléfono(s)

LUGAR DE NACIMIENTO:

Estado

Delegación o Municipio

Ciudad

FECHA DE NACIMIENTO:

Día Mes Año

EDAD:

Años Meses

C.U.R.P.: _____

VIVE CON AMBOS PADRES? _____

SI / NO

Si no vive con ambos padres, ¿con quién vive?

Madre

Padre

Abuelos

Otros

¿Cuál es la causa? _____

Tiene familiares que estudien en el Instituto Mier y Pesado: _____
SI/NO

NOMBRE	PARENTESCO	GRADO	SECCIÓN

Tiene familiares que trabajen en Fundación Mier y Pesado: _____
SI/NO

Indique en qué centro:

Instituto
 Escuela
 Residencia
 Oficinas

NOMBRE	PARENTESCO

Persona cercana al Instituto Mier y Pesado que recomienda su ingreso:

NOMBRE	RELACIÓN

TELÉFONOS ADICIONALES DE LAS PERSONAS EN DÓNDE SE PUEDA SOLICITAR O DEJAR INFORMACIÓN.

NOMBRE	TELÉFONO	HORARIO

II. ESCOLARIDAD

Escuela de procedencia: _____ Teléfono: _____.

Dirección: _____.

ESCUELAS EN DÓNDE REALIZÓ LOS ESTUDIOS ANTERIORES:

Preescolar: _____.

Primaria: _____.

Secundaria: _____.

¿Ha repetido grados? _____ ¿Cuáles? _____
SI/NO

Causas: _____.

¿Recibió en la Escuela clases de inglés? _____ ¿En qué grados? _____
SI/NO

¿Ha tomado cursos extraescolares de inglés? _____ ¿Cuántas horas? _____
SI/NO

¿En qué Institución? _____.

Otros estudios realizados: _____.

Realiza actividades extraescolares _____ ¿Cuáles? _____
SI/NO

¿Quién acompaña a la aspirante para la realización de tareas por las tardes? _____.

III. DATOS FÍSICOS Y DE SALUD:

¿Hubo algún problema durante el embarazo? SI / NO Especifique ¿Cuál? _____.

¿Hubo alguna complicación durante el parto? SI / NO Especifique ¿Cuál? _____.

Tipo de anestesia SI / NO Llanto espontáneo SI / NO Cesárea SI / NO Uso de fórceps SI / NO

Sufrimiento fetal SI / NO Faltó oxígeno SI / NO Ictericia (piel color amarillo) SI / NO

Cianosis (piel color morado o negro) SI / NO

APGAR: _____.

Mencione las enfermedades que ha padecido su hija: _____.

Tiene reacciones alérgicas a: Medicamentos _____ Alimentos _____ Especifique: _____.

Tipo de Sangre y RH: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Indique, señalando con una X si la aspirante actualmente padece alguno de los siguientes problemas de salud:

Anemia	<input type="checkbox"/>	Migraña	<input type="checkbox"/>	Prob. Ortopédicos	<input type="checkbox"/>	Prob. Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>
Auditivos	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Prob. Cardiacos	<input type="checkbox"/>	Tatuajes	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Prob. Respiratorios	<input type="checkbox"/>	Perforaciones	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Prob. Convulsivos	<input type="checkbox"/>	Usa lentes	<input type="checkbox"/>

Otro: _____.

Especifique: _____.

VACUNAS Cartilla Completa Cartilla Incompleta .

Vacunas pendientes _____.

En caso de emergencia especifique hospital o clínica que autoriza: _____.

NOTA: Si se omite alguna información importante, el Instituto Mier y Pesado no se hace responsable de las posibles consecuencias.

IV. ASPECTO RELIGIOSO

¿Profesan alguna religión? SI / NO ¿Cuál? _____.

Si son católicos, ¿su hija fue bautizada? SI / NO ¿Recibió la Primera Comunión? SI / NO ¿Está confirmada? SI / NO

¿Se está preparando para recibir algún Sacramento? SI / NO ¿Cuál? _____.

¿A qué Parroquia pertenecen? _____.

¿Consideran importante la formación religiosa y moral de su(s) hija(s)? SI / NO

¿Por qué?

V. DATOS FAMILIARES

Marcar con una X la situación de los padres:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matrimonio Civil	Matrimonio eclesiástico	Unión libre	En proceso de divorcio	Segundas nupcias	Divorcio	Madre soltera	Padre soltero	Viven separados	Viudez

¿Cómo vive esta situación?: _____.

DATOS DEL PADRE

O TUTOR AUTORIZADO LEGALMENTE

FOTO
RECIENTE
DEL PADRE
A COLOR

NOMBRE COMPLETO:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía o Municipio

Teléfono(s)

Correo electrónico

EDAD: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD: _____ PROFESIÓN: _____

ESPECIFICAR OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO: _____

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía o Municipio

Teléfono(s)

Correo electrónico

HORARIO DE TRABAJO: _____ ANTIGÜEDAD: _____

DATOS DE LA MADRE

O TUTOR AUTORIZADO LEGALMENTE

FOTO
RECIENTE
DE LA
MADRE
A COLOR

NOMBRE COMPLETO:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía o Municipio

Teléfono(s)

Correo electrónico

EDAD: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD: _____ PROFESIÓN: _____

ESPECIFICAR OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO: _____

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía o Municipio

Teléfono(s)

Correo electrónico

HORARIO DE TRABAJO: _____ ANTIGÜEDAD: _____

NOTA: ANEXAR COPIA DEL ÚLTIMO COMPROBANTE DE INGRESOS DE AMBOS PADRES; EN CASO DE TRABAJAR POR SU CUENTA, ELABORAR UNA CARTA ESPECIFICANDO EL INGRESO MENSUAL.

INGRESOS MENSUALES

Nombre	Parentesco con la aspirante	Empresario	Empleado	Honorarios	Pensionado	Empleo informal	Ingresos mensuales aproximados \$

TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES MENSUALES

EGRESOS MENSUALES

CONCEPTO	IMPORTE \$	CONCEPTO	IMPORTE \$
Renta o pago de crédito casa-habitación		Libros y materiales escolares	
Pago de hipoteca		Gasolina y transporte	
Servicios: agua+electricidad+télefono+celular+cable+otros		Seguros de vida+auto+casa+médicos+otros	
Impuestos (predial+tenencia, etc.)		Gastos médicos	
Alimentos y despensa		Mantenimiento de la casa	
Ropa y calzado		Servicio doméstico	
Créditos comerciales y tarjetas de crédito		Diversiones y entretenimiento	
Crédito de automóvil		Vacaciones	
Colegiaturas		Otros gastos (especifique)	

TOTAL DE EGRESOS FAMILIARES MENSUALES

RESULTADO DE INGRESOS MENOS EGRESOS

ANOTAR LOS DATOS DE LOS HIJOS EN ORDEN CRONOLÓGICO INCLUYENDO A LA ASPIRANTE:

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	DEPENDEN DE LA FAMILIA (SI o NO)

La casa que habitan es: Propia Rentada Otro: _____
SI/NO SI/NO

Cuántos integrantes habitan la casa: _____

Otras personas que dependen de la familia:

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	CAUSA

¿Tiene hermanas en el Instituto? _____
SI/NO

Tiene hermanas que estén realizando proceso de admisión? _____ Sección: _____
SI/NO

NOMBRE	SECCIÓN	GRADO	GRUPO

VI. INFORMACIÓN ADICIONAL

INDIQUE EL MOTIVO DE SU SOLICITUD DE INGRESO A ESTE INSTITUTO

OBSERVACIONES:

Lea y si está de acuerdo, firme el aviso de privacidad que se anexa en la parte final de la presente solicitud.

Al ser aceptada e inscrita su hija en el Instituto Mier y Pesado su familia y la alumna adquieren el **compromiso** serio de cumplir todos los aspectos que aparecen en la FILOSOFÍA y REGLAMENTO INSTITUCIONAL.

ACEPTO SI NO

Declaramos bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en la presente solicitud, son verídicos, completos y que los documentos que presentamos son auténticos; de igual manera, autorizamos a la Fundación Mier y Pesado, I.A.P., y/o Instituto Mier y Pesado investigue y corrobore la información.

Acepto que la presente solicitud no tendrá efecto de no presentar los documentos requeridos.

**LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE ADMISIÓN,
EN CUALQUIERA DE SUS ETAPAS, SON INAPELABLES Y DE USO
EXCLUSIVO DEL INSTITUTO MIER Y PESADO**

EXPRESEN ESTE COMPROMISO CON SU NOMBRE Y FIRMA

Nombre y Firma del Padre o Tutor

Nombre y Firma de la Madre o Tutor

Nombre de la aspirante

Fecha: _____

PARA PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, UNA VEZ CONCLUIDO EL PROCESO DE ADMISIÓN AL INSTITUTO, SERÁN DESTRUIDAS LAS SOLICITUDES DE LAS ASPIRANTES QUE NO CONTINÚEN.



Fundación Mier y Pesado, I.A.P. Instituto Mier y Pesado

AVISO DE PRIVACIDAD INSCRIPCION

I. Responsable de la recopilación y manejo de los Datos Personales.

Fundación Mier y Pesado I.A.P., (“Instituto Mier y Pesado”) con domicilio en Calzada de Guadalupe número 540, Colonia Industrial. Delegación Gustavo A. Madero México, D.F. C.P. 07800, es responsable de la recopilación y el manejo de datos personales recabados a través de los formatos Institucionales incluidos en el sobre de Inscripción, en términos de lo que establecen los artículos 3° fracción XIV, 14, 15, y 16 de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares** (LFPDPPP).

II. Finalidades del Tratamiento de sus Datos Personales.

Los datos recabados por la **Fundación Mier y Pesado** en los formatos y fichas contenidas en el **Sobre de Inscripción**, serán utilizados para que, en caso de que la aspirante sea aceptada, se puedan realizar los trámites de inscripción tanto internos, como ante las autoridades educativas locales y federales.

Esta información incluye datos personales que son considerados por la **LFPDPPP** como **patrimoniales**, relativos a los ingresos que perciben los padres de la alumna, egresos, sueldo, bienes muebles, vivienda. Asimismo, le informamos que, con el fin de contar con información que nos permita comunicarnos con un contacto de la aspirante en caso de que ocurra una situación de emergencia, así como para brindar una primera atención o brindarle la ayuda necesaria si ésta sufre de algún padecimiento o alguna condición especial, el Instituto requiere que se le proporcionen una serie de datos personales (**ficha médica**) clasificados como **sensibles** tales como: grupo sanguíneo, alergias, estado de salud, enfermedades, antecedentes heredofamiliares y demás información recabada en el examen médico solicitado por la Institución.

La **Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (**Instituto Mier y Pesado**) se compromete a que ésta información será tratada bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad. Si usted desea ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, o revocar su consentimiento deberá enviar su solicitud a la dirección de correo electrónico: arco@fundacionmierypesado.org.mx

De conformidad con lo que establecen los artículos 8º y 9º de la LFPDPPP, requerimos de su consentimiento expreso para recabar y manejar dicha información, por lo que, como representante legal de la menor, en términos del artículo 425 del Código Civil Federal, le solicitamos nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido que de no hacerlo, no estaremos en posibilidad de considerarla dentro del proceso de admisión de la Institución Educativa.

Consiento y autorizo que mis datos personales sensibles, y patrimoniales, así como los de mi hija sean tratados conforme a lo previsto en el presente consentimiento y conforme al aviso de privacidad **de la Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (**Instituto Mier y Pesado**).

Nombre de la aspirante: _____

Nombre / Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____
DÍA / MES / AÑO