

SOLICITUD DE ADMISIÓN  
Ciclo Escolar 2023 – 2024

**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 CARTA 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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	Padre	Abuelos	Otros

¿Cuál es la causa? \_\_\_\_\_

¿La aspirante ha estado inscrita en el Instituto Mier y Pesado con anterioridad? \_\_\_\_\_  
SI/NO

¿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:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instituto	Escuela	Residencia	Oficinas

NOMBRE	PARENTESCO

**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

**III. DATOS FÍSICOS Y DE SALUD:**

¿Hubo algún problema durante el embarazo? \_\_\_\_\_ Especifique ¿Cuál? \_\_\_\_\_.

SI / NO

¿Hubo alguna complicación durante el parto? \_\_\_\_\_ Especifique ¿Cuál? \_\_\_\_\_.

SI / NO

Tipo de anestesia \_\_\_\_\_ Llanto espontáneo \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Uso de fórceps \_\_\_\_\_

SI / NO

SI / NO

SI / NO

SI / NO

Sufrimiento fetal \_\_\_\_\_ Faltó oxígeno \_\_\_\_\_ Ictericia (piel color amarillo) \_\_\_\_\_.

SI / NO

SI / NO

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 _____	Migraña _____	Prob. Ortopédicos _____	Prob. Gastrointestinales _____
Auditivos _____	Hepatitis _____	Prob. Cardíacos _____	Tatuajes _____
Asma _____	Hipertensión _____	Prob. Respiratorios _____	Perforaciones _____
Diabetes _____	Hipotensión _____	Prob. Convulsivos _____	Usa lentes _____

Otro: \_\_\_\_\_.

Especifique: \_\_\_\_\_.

VACUNAS                      Cartilla Completa \_\_\_\_\_                      Cartilla Incompleta \_\_\_\_\_.

Vacunas pendientes \_\_\_\_\_.

Cuidados especiales requeridos:  
\_\_\_\_\_

La aspirante cuenta con algún servicio de seguridad social: \_\_\_\_\_

SI / NO

Cuál: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia favor de indicar que hospital autoriza su hija sea trasladada:

**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? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

SI / NO

Si son católicos, ¿su hija fue bautizada? \_\_\_\_\_ ¿Recibió la Primera Comunión? \_\_\_\_\_ ¿Está confirmada? \_\_\_\_\_

SI / NO

SI / NO

SI / NO

¿Se está preparando para recibir algún Sacramento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

SI / NO

¿A qué Parroquia pertenecen? \_\_\_\_\_.

¿Consideran importante la formación religiosa y moral de su(s) hija(s)? \_\_\_\_\_.

SI / NO

**V. DATOS FAMILIARES**

Marcar con una X la situación de los padres:

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  DOCUMENTOS QUE LO AMPAREN  SI  NO

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  DOCUMENTOS QUE LO AMPAREN  SI  NO

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+teléfono+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  SI / NO Rentada  SI / NO Otro:

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

**VI. INFORMACIÓN ADICIONAL**

**INDIQUE EL MOTIVO DE SU SOLICITUD DE INGRESO A ESTE INSTITUTO Y POR QUÉ MEDIO SE ENTERO DE NOSOTROS**

---



---



---



---



---

Pedimos su apoyo para anotar a continuación, los datos de la persona con la que se establecerá comunicación para tratar cualquier asunto relacionado con las cuestiones académicas, conductuales y administrativas de la aspirante, al ser inscrita en el Instituto Mier y Pesado mediante la presente solicitud. Será la persona abajo citada la única que tendría injerencia para realizar cualquier trámite relacionado con la aspirante.

\_\_\_\_\_ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

\_\_\_\_\_ Calle y número Colonia C.P.

\_\_\_\_\_ Alcaldía o Municipio Teléfono(s) Correo electrónico

**FIRMAS DE CONFORMIDAD**

**PADRE**

**MADRE**

Nombre: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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 FILOSOFIA 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 INSCRIPCIÓN

#### 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. Alcaldía 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](mailto:arco@fundacionmierypesado.org.mx)

De conformidad con lo que establecen los artículos 8° y 9° 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 (Padres o tutores):

\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

DÍA / MES / AÑO