



FICHA DEL POSTULANTE - 2027

Los datos que usted brindará en esta ficha deberán ser llenados con absoluta validez y responsabilidad, llenar con letra de imprenta.

Solicitud de Admisión a:

Primaria		Secundaria	
	grado		grado

Foto Madre

Foto Padre

Foto postulante

I. DATOS DEL POSTULANTE:

Apellido Paterno		Apellido Materno				Nombres						
Fecha de Nacimiento		País				Lugar de Nacimiento						
...../...../.....						Departamento:						
Edad (años y meses)		sexo	M		F		Provincia:					
							Distrito					
Domicilio												
				Referencia:								
Distrito:												
Colegio o Jardín de Procedencia				País/Ciudad		Teléfono						

II. DATOS FAMILIARES:

A. Datos del Padre

¿Vive?		Sí ☐	No ☐				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres			
Fecha de Nacimiento		DNI/CE		Lugar de Nacimiento			
...../...../.....				País:			
				Departamento:			
				Provincia:			
				Distrito:			
Domicilio Actual							
			Referencia:				
Distrito:							
Telf. Domicilio	Telf. Celular(es)			Email:			



Estado Civil				Vive con el(a) postulante				Responsable del pago de pensiones de enseñanza			
Soltero		Casado		Sí		No		Sí		No	
Conviviente		Separado									
Divorciado		Viudo									
Nivel de Estudios			Profesión				Grado Obtenido				
Secundaria	Incompleta	Completa									
Sup. Univ.	Incompleto	Completo									
Sup. Técnico	Incompleto	Completo									
Estudiante											
Ocupación/Cargo				Teléfonos							
Centro de Trabajo				Dirección							

B. Datos de la Madre

¿Vive? Sí ☒ No ☒											
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres			
Fecha de Nacimiento				DNI/CE				Lugar de Nacimiento			
...../...../.....								País:			
								Departamento:			
								Provincia:			
								Distrito:			
Domicilio Actual											
						Referencia:					
Telf. Domicilio		Telf. Celular(es)				Email:					
Estado Civil				Vive con el(a) postulante				Responsable del pago de pensiones de enseñanza			
Soltera		Casada		Sí		No		Sí		No	
Conviviente		Separada									
Divorciada		Viuda									
Nivel de Estudios			Profesión				Grado Obtenido				
Secundaria	Incompleta	Completa									
Sup. Univ.	Incompleto	Completo									
Sup. Técnico	Incompleto	Completo									
Estudiante											
Ocupación/Cargo				Teléfonos							
Centro de Trabajo				Dirección							



C. Sólo llenar los datos en caso que el postulante tenga APODERADO(A) distinto a los padres:

¿Vive? Sí ☐ No ☐											
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres			
Fecha de Nacimiento				DNI/CE				Lugar de Nacimiento			
...../...../.....								País:			
								Departamento:			
								Provincia:			
								Distrito:			
Domicilio Actual											
						Referencia:					
Distrito:											
Telf. Domicilio		Telf. Celular(es)				Email:					
Estado Civil						Vive con el(a) postulante				Responsable del pago de pensiones de enseñanza	
Soltero				Casado				Sí No		Sí No	
Conviviente				Separado							
Divorciado				Viudo							
Nivel de Estudios			Profesión			Grado Obtenido					
Secundaria	Incompleta	Completa									
Sup. Univ.	Incompleto	Completo									
Sup. Técnico	Incompleto	Completo									
Estudiante											
Ocupación/Cargo						Teléfonos					
Centro de Trabajo						Dirección					

D. Datos de los hermanos(as) (de mayor a menor)

Lugar que ocupa el postulante entre los hermanos:

Apellidos y Nombres	Edad	Ocupación	¿Vive con el postulante?			¿Estudia aquí?					
						Prim.			Sec.		
			Sí		No	1°	2°	3°	4°	5°	6°
			Sí		No	1°	2°	3°	4°	5°	6°
			Sí		No	1°	2°	3°	4°	5°	6°
			Sí		No	1°	2°	3°	4°	5°	6°



E. Otras personas: (Qué vivan con el postulante)

Apellidos y Nombres	Edad	Parentesco/afinidad	ocupación

F. ¿Quién permanece al cuidado del postulante?

.....

III. HISTORIA DEL ALUMNO:

A. Pre Natal

Embarazo	Normal		Complicaciones	
	Caídas con golpes en la barriga		Tristeza en todo el embarazo	
	Infecciones urinarias	Sangrado	Constantes vómitos	
	Problemas emocionales en el embarazo			
	Problemas con la pareja		Pérdida de un familiar	Separación
	Otros	Explicar:		
Gestación en meses(nació)	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses
	Normal		Cesárea	
Parto	Sin Complicaciones		Con Complicaciones	
	¿Su niño(a) presentó algunas de estas complicaciones en el parto o necesidades?			
	Pérdida de líquido amniótico o (ruptura de la bolsa)		En qué periodo	
	Bilirrubina (color amarillento en la piel del niño(a))		Cuánto tiempo permaneció así:	
	Cianosis (color morado en la piel del niño(a))		Cuánto tiempo permaneció así:	
	Parto seco		Cuánto tiempo permaneció así:	
	Necesitó Fototerapia (incubadora con luces)		Cuánto tiempo permaneció así:	
	Necesitó incubadora		Cuánto tiempo permaneció así:	
	Necesitó oxígeno		Cuánto tiempo permaneció así:	
	Nació con el cordón enrollado			
	No lloró al nacer			
	Nació muerto y le realizaron reanimación cardíaca			
	Si su niño(a) presentó alguna otra dificultad al nacer, por favor explicar:			
	Peso al nacer :		kg.	Talla al nacer :

B. Post Natal

Enfermedades de mayor relevancia	TEC	Neumonía	COVID19	Asma
	Bronco pulmonía	Convulsiones	Fiebres altas con convulsiones	
	TBC	Epilepsia		
Caídas con golpes en la cabeza	Sí () No ()			
	Pérdida de conocimiento		Sí () No ()	Cuánto tiempo:
				Edad que sucedió:
Si es Sí	Especifique:			
	Medicamentos:			



**COLEGIO COOPERATIVO
"CÉSAR VALLEJO"**

NIVEL PRIMARIO – SECUNDARIO
Putumayo N° 966 – Iquitos - Teléf: 973 891800
Email: colegio_vallejo@yahoo.com

C. Desarrollo Psicomotor

Gateó	Edad:	Meses:	Cuánto tiempo:
Control de esfínteres ¿A qué edad?	Edad:	Meses:	
	Aún no logra controlar Sí () No ()		
	Va al baño solo(a) Sí () No ()		
	Usa pañal: día () noche ()		
	A veces orina en la cama Sí () No ()		
A qué edad su niño(a) aprendió a caminar	Edad:	Meses:	Aún tiene dificultad para caminar: Sí () No ()
A qué edad su niño(a) aprendió a hablar	Edad:	Meses:	Aún tiene dificultad para hablar: Sí () No ()
A qué edad su niño(a) aprendió a bañarse solo	Edad:	Meses:	Aún necesita ayuda: Sí () No ()

IV. Escolaridad

Etapa Cuna - Inicial									
Estudio Cuna	Sí		No		¿Cuántos años?				
Jardín	Sí		No		¿Cuántos años?				
Lloró al iniciar	Sí		No		¿Cuánto tiempo?				
Colegios anteriores					Motivo de retiro				
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
¿Cómo fue su rendimiento académico?									
Su aprendizaje está por debajo de los niños de su edad – Tiene dificultad para:									
Prestar atención		Sí () No ()		Entender		Sí () No ()		Se olvida con facilidad lo que estudia Sí () No ()	
Tiene dificultad en las siguientes áreas:									
Matemática					Bueno		Regular		Malo
Comunicación					Bueno		Regular		Malo
¿Tuvo dificultades de aprendizaje?									
Leer	Normal				Lento		Muy Lento		
Escribir	Normal				Lento		Muy Lento		
Deletrear	Normal				Lento		Muy Lento		
Comprende	Normal				Lento		Muy Lento		
Comportamiento									
Quieto	Es demasiado activo				Habla demasiado		Conducta impulsiva		
Es muy distraído		Hace berrinche				Conducta Agresiva			
Problemas emocionales:									
Triste	Deprimido				Nervioso	Preocupado		Irritable o enojado	
Conducta rara:									
Movimientos del cuerpo				Se enfoca solo en ciertos tema o intereses					



Socialización			
¿Tuvo dificultades de socialización? Sí () No ()			
Es tímido ()	Agresivo ()	Caprichoso ()	Llorón ()
Otros:			
¿Ha recibido o recibe tratamiento médico o psicológico? No () Sí ()			
Motivo			
Terapia de lenguaje		Edad	Duración
Resultado:	Positivo	Negativo	En proceso
Consulta Psicológica		Edad	Duración
Resultado:	Positivo	Negativo	En proceso
Consulta Psiquiátrica		Edad	Duración
Resultado:	Positivo	Negativo	En proceso
Recibe tratamiento psiquiátrico Sí () No ()			

V. Necesidades Educativas Especiales

¿Su hijo presenta alguna necesidad educativa especial? Sí () No ()

Si su respuesta es "Sí" marque la que corresponda en el recuadro de abajo y completa la información solicitada.

	Discapacidad sensorial visual o auditiva	Especifique:
	Discapacidad física o motora	Especifique:
	Talento o Superdotación	Especifique:
	Trastornos de comportamiento	Especifique:
	Discapacidad Intelectual	Especifique:
	Trastorno por déficit de atención con o sin Hiperactividad	Especifique:
	TDAH, Autismo, y/o Asperger	Especifique:
	Otra (especifique)	Especifique:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE SALUD

OBLIGATORIO:

Si su hijo o hija presenta alguna enfermedad, alergias o toma algún medicamento, cirugía o condición médica; deberá presentar copia de los documentos necesarios para el control y prevención de riesgos, que serán manejados con absoluta reserva, por la unidad médica de la I.E. (Presentar en una mica – dentro de un fólder)

VI. Datos Económicos de la Familia

A. Ingreso Neto Mensual	
Del Padre	S/.
De la Madre	S/.
Otros (especificar)	S/.



B. Tipo de vivienda		C. Condición de la vivienda	
Casa Independiente		Propia	
Dpto. en edificio		Alquilada	
Dpto. Independiente		Prestada	
Casa de los abuelos del postulante		Compartida con	
Otros		Otros	

Importante: La información brindada en este documento será tratada de manera confidencial y conforma a la Ley 29733 de Protección de Datos Personales y su Reglamento. Esta información tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que cualquier falta de veracidad en los datos proporcionados, invalida el proceso.

NOTA: La información y datos brindados en estos documentos serán considerados en absoluta reserva.

Iquitos, ----- de..... del 20.....

Firma del padre
DNI N°

Firma de la Madre
DNI N°

Firma del apoderado
DNI N°