



**COLEGIO COOPERATIVO  
"CÉSAR VALLEJO"**

**NIVEL PRIMARIO – SECUNDARIO**  
Putumayo N° 966 – Iquitos - Teléf: 973 891800  
Email: colegio\_vallejo@yahoo.com

**FICHA DEL POSTULANTE - 2025**

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?		Si <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
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:	



**COLEGIO COOPERATIVO  
"CÉSAR VALLEJO"**

**NIVEL PRIMARIO – SECUNDARIO**  
Putumayo N° 966 – Iquitos - Teléf: 973 891800  
Email: colegio\_vallejo@yahoo.com

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 <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>								
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			
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							



**COLEGIO COOPERATIVO  
"CÉSAR VALLEJO"**

**NIVEL PRIMARIO – SECUNDARIO**  
Putumayo N° 966 – Iquitos - Teléf: 973 891800  
Email: colegio\_vallejo@yahoo.com

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

¿Vive?    Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>											
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres			
Fecha de Nacimiento				DNI/CE				Lugar de Nacimiento			
...../...../.....								País:			
								Departamento:			
								Provincia:			
								Distrito:			
Domicilio Actual											
Distrito:						Referencia:					
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°



**COLEGIO COOPERATIVO  
"CÉSAR VALLEJO"**

**NIVEL PRIMARIO – SECUNDARIO**  
Putumayo N° 966 – Iquitos - Teléf: 973 891800  
Email: colegio\_vallejo@yahoo.com

**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**

<b>Embarazo</b>	<b>Normal</b>		<b>Complicaciones</b>	
	Caídas con golpes en la barriga		Tristeza en todo el embarazo	
	Infecciones urinarias		Sangrado	
	<b>Problemas emocionales en el embarazo</b>			
	Problemas con la pareja		Pérdida de un familiar	
	Otros		Explicar:	
<b>Gestación en meses(nació)</b>	<b>6 meses</b>	<b>7 meses</b>	<b>8 meses</b>	<b>9 meses</b>
	<b>Normal</b>		<b>Cesárea</b>	
	Sin Complicaciones		Con Complicaciones	
	<b>¿Su niño(a) presentó algunas de estas complicaciones en el parto o necesidades?</b>			
	Pérdida de líquido amniótico o (ruptura de la bolsa)		En qué periodo	
<b>Parto</b>	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 : cm.

**B. Post Natal**

<b>Enfermedades de mayor relevancia</b>	TEC		Neumonía		COVID19		Asma	
	Bronco pulmonía		Convulsiones		Fiebres altas con convulsiones			
	TBC		Epilepsia					
<b>Caídas con golpes en la cabeza</b>	Sí ( ) No ( )							
	Pérdida de conocimiento				Sí ( ) No ( )		Cuánto tiempo:	
							Edad que sucedió:	
<b>Sí / No</b>	Sí ( ) No ( )							
	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:
<b>Control de esfínteres ¿A qué edad?</b>	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 ( )		
<b>A qué edad su niño(a) aprendió a caminar</b>	Edad:	Meses:	Aún tiene dificultad para caminar: Sí ( ) No ( )
<b>A qué edad su niño(a) aprendió a hablar</b>	Edad:	Meses:	Aún tiene dificultad para hablar: Sí ( ) No ( )
<b>A qué edad su niño(a) aprendió a bañarse solo</b>	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		



<b>Socialización</b>			
¿Tuvo dificultades de socialización? Sí ( ) No ( )			
Es tímido ( )	Agresivo ( )	Caprichoso ( )	Llorón ( )
Otros:			
¿Ha recibido o recibe tratamiento médico o psicológico? No ( ) Sí ( )			
<b>Motivo</b>			
<b>Terapia de lenguaje</b>		Edad	Duración
Resultado:	Positivo	Negativo	En proceso
<b>Consulta Psicológica</b>		Edad	Duración
Resultado:	Positivo	Negativo	En proceso
<b>Consulta Psiquiátrica</b>		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:
Retraso Intelectual	Especifique:
Trastorno por déficit de atención con o sin Hiperactividad	Especifique:
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**

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



**COLEGIO COOPERATIVO  
"CÉSAR VALLEJO"**

**NIVEL PRIMARIO – SECUNDARIO**  
Putumayo N° 966 – Iquitos - Teléf: 973 891800  
Email: colegio\_vallejo@yahoo.com

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 faltade veracidad en los datos proporcionados, invalida el proceso.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre  
DNI N°

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre  
DNI N°

\_\_\_\_\_  
Firma del apoderado  
DNI N°