



## Vida Espiritual

Iglesia a la que ASISTE: \_\_\_\_\_

Nombre de Pastor: \_\_\_\_\_ Denominación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

¿Ambos padres asisten a la iglesia?  Sí  No

¿Quién asiste?  Papá  Mamá

¿Qué antigüedad tiene en su iglesia? \_\_\_\_\_

Actividades a las que asiste regularmente: \_\_\_\_\_

Ministerios que desarrolla el padre: \_\_\_\_\_

Ministerios que desarrolla la madre: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia leen la Biblia en casa a la semana? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna prohibición en casa que deberíamos saber? \_\_\_\_\_

Describe que es el evangelio para usted: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Información sobre su hijo(a)

Números de miembros en el hogar: \_\_\_\_\_ ¿Qué lugar ocupa su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Explique con quien vive o asiste su hijo (a) cuando no es horario de escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué hace su hijo(a) en su tiempo libre? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día usa dispositivos electrónicos? \_\_\_\_\_ ¿Son supervisados por un adulto?  Sí  No

¿Practica algún deporte? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Toca algún instrumento? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún talento especial? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Qué planes tiene para su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué espera de nuestra institución? \_\_\_\_\_

¿Por qué razón daría de baja a su hijo(a) de nuestra escuela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información Escolar** (todo relacionado a su hijo(a))

Grado a Cursar: \_\_\_\_\_

Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_ Promedio: \_\_\_\_\_

Razón por la cual quiere cambiar de escuela: \_\_\_\_\_

¿Es Bilingüe la escuela? \_\_\_\_\_ ¿Está dispuesto a asesorías si así lo requiere? \_\_\_\_\_

¿Tiene necesidades educativas especiales? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene diagnóstico de un especialista? \_\_\_\_\_ Fecha de último diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿El niño(a) recibe o ha recibido alguna terapia? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Clínico**

¿Padece alguna enfermedad? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Especifique Tratamiento: \_\_\_\_\_

Horario de Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Existe un diagnóstico Psicológico? \_\_\_\_\_ Fecha de último Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Información médica adicional: \_\_\_\_\_

Reacción alérgica a un medicamento: \_\_\_\_\_

¿Autoriza dar medicamento (Paracetamol) a su hijo(a) en caso de ser necesario? \_\_\_\_\_

Especifique si tiene algún problema visual, auditivo o locomotor y que usa para su corrección: \_\_\_\_\_

**Datos de los hermanos**

Nombre	Sexo	Edad	Nombre de Escuela y Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Anexos

- Autorizo que se publique en las páginas oficiales fotografías de actividades donde se encuentra mi hijo (a).
- Me comprometo a asistir a las entregas de evaluaciones y a citatorios como parte de mis responsabilidades como padre de familia.

## Aviso de Privacidad

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados, según corresponda, en los Sistemas de Datos Personales que administran la autoridad educativa federal y las autoridades educativas locales, mismos que han sido debidamente inscritos en el Listado de Sistemas de Datos Personales del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Lo anterior, en términos de lo establecido por los artículos 3º y 5º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1º, 2º, 7º, 10, 12, 13, 14, 30, 37, 43, 44, 45, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64 y demás relativos y aplicables de la Ley General de Educación, 1º y 12 de la Ley para la Coordinación de la Educación Superior, 13 y 15 de la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, 14, 15 y 22, de su Reglamento, así como en términos de las disposiciones legales de carácter local, correlativas a las materias educativa y de ejercicio profesional.

El Instituto Cristiano de Las Américas estará tomando fotografías y video en nuestras actividades y eventos escolares. Estas fotografías estarán usadas en comprobantes de actividades escolares, publicaciones, promoción, sitio de web y redes sociales de la institución.

Entrevista por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Notas de la entrevista:

\_\_\_\_\_  
Firma Departamento Vida Espiritual

\_\_\_\_\_  
Firma Director(a)

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Madre/Tutor