



FICHA DEL POSTULANTE

DATOS DEL POSTULANTE				Grado al que postula		3 años	4 años	5 años	1° grado
Apellido Paterno:				Apellido Materno:					
Nombres:				DNI / CE:		Sexo: M ☐ F ☐			
Nacimiento:		/	/	Dpto.:	Prov.:	Distrito/País:			
Ha postulado anteriormente al Proceso de Admisión:				¿Cuándo?					
El niño(a) vive con:				Madre ☐	Padre ☐	Ambos Padres ☐		Otros:	

Centros educativos de procedencia (indicar año):

Indicar si el postulante tiene hermanos y llenar datos:

Nombres Completos	Edad	Nido/Colegio/Universidad

DATOS DE LA MADRE				Ap. y nombres:		
DNI/CE:		Domicilio:				
Nacimiento:		/	/	Dpto.:	Prov.:	Distrito/País:
Celular:		Tlf. Fijo:		E-mail:		
Estado Civil: Casado civil ☐ Conviviente ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐						
Religión: Católica ☐ Cristiana/Evangélica ☐ Otra: ☐						
Grado de instrucción:		Univ. Completa ☐	Univ. Incompleta ☐	Profesión:		
Secundaria completa ☐		Téc. Completa ☐	Téc. Incompleta ☐			
Centro de Trabajo:		Cargo Actual:		Ingreso mensual neto:		

DATOS DEL PADRE				Ap. y nombres:		
DNI/CE:		Domicilio:				
Nacimiento:		/	/	Dpto.:	Prov.:	Distrito/País:
Celular:		Tlf. Fijo:		E-mail:		
Estado Civil: Casado civil ☐ Conviviente ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐						
Religión: Católica ☐ Cristiana/Evangélica ☐ Otra: ☐						
Grado de instrucción:		Univ. Completa ☐	Univ. Incompleta ☐	Profesión:		
Secundaria completa ☐		Téc. Completa ☐	Téc. Incompleta ☐			
Centro de Trabajo:		Cargo Actual:		Ingreso mensual neto:		

Vivienda del postulante: Casa ☐ Departamento ☐ | Propia ☐ Alquilada ☐ Financiada ☐

¿Persona responsable de los pagos de la educación del niño(a)?

¿La familia mantiene alguna de deuda pendiente con cualquier otra entidad?

¿Ha habido alguna dificultad durante el parto, embarazo o desarrollo de su niño(a) hasta el momento actual? Si es así, por favor explique:

¿Tiene algún problema de salud que el colegio deba conocer? (alergias a algún alimento, etc.) Sí () No ()
Detallar

¿Toma su hijo(a) algún medicamento? Si () ¿Cuál?
No ()

¿Cómo describiría usted a su hijo(a)? ¿Qué características lo(a) representan mejor? ¿De qué manera considera que su hijo(a) es único o única?

Mencione las áreas de fortaleza y aspectos en los que considera que su hijo(a) necesita apoyo

Áreas de fortaleza	Áreas en las que necesita apoyo

¿Qué actividades su hijo(a) disfruta de realizar independientemente?

¿Qué actividades su hijo(a) disfruta de realizar con ustedes?

¿Qué actividades promueve o fomenta usted para que su hijo(a) realicen independientemente?

¿Quién cuida de su hijo(a) la mayor parte del tiempo?

¿Cómo es un día típico en la vida de su hijo(a)?

¿Motivo de cambio de Institución educativa de procedencia?

¿A qué edad dijo las primeras palabras?

¿Pide a veces que se le hable más fuerte?

Si () No ()

¿Ocasionalmente es necesario repetir instrucciones?

Si () No ()

¿Usa lentes?

Si () No ()

¿Derrama líquidos o se le caen objetos al momento de cogerlos?

Si () No ()

¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?

Si () No ()

¿Hace siesta? Si () No () ¿Cuánto tiempo?

¿A qué hora se acuesta?

¿Con quién duerme su hijo(a)?

¿Se despierta con frecuencia en la noche?

Si () No ()

¿Interactúa fácilmente con otros niños?

Si () No ()

¿Se distrae fácilmente?

Si () No ()

¿Requiere ayuda para comer?

Si () No ()

¿Usa el baño solo(a)?

Si () No ()

¿Alguna vez ha sido evaluado/a por un especialista (terapista de lenguaje, psicólogo, etc.) en qué fecha?

Si () No () Detalle a continuación:

¿Ha recibido algún tipo de apoyo dentro o fuera del centro educativo (lenguaje, sensorial, ocupacional, atención-concentración, motricidad, emocional, etc.)? Si () No () Detalle a continuación e indique en qué fecha:

Sobre la posible existencia de necesidades educativas especiales de su menor hijo(a), indique de tener algún tipo de necesidad educativa especial asociado a discapacidad, a fin de asegurar una atención educativa que le sea pertinente.

¿Ha habido algún evento importante en la vida de su hijo o hija que lo puede haber impactado (¿por Ej.?: nacimiento de un hermanito, hospitalización de algún familiar, fallecimiento de algún familiar o amigo, cambio de nana, etc.)? Si () No () Explique por favor:

¿Qué método de disciplina le resulta efectivo para su hijo(a)?

¿Cómo se enteró del Colegio Divino Creador? (Revista, volante, referidos, redes sociales, etc.)

¿Por qué ha decidido escogerlo para la educación de su hijo(a)?

El presente documento fue llenado por: Madre ☐ Padre ☐ Ambos Padres ☐

Si necesitáramos mayor información, el Colegio Divino Creador se volverá a comunicar con ustedes.

Por favor, no se olvide llenar todos los campos.

Cualquier información parcial o totalmente falsa invalida la matrícula 2026 del alumno postulante.

¡Gracias por su tiempo!

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – POSTULANTES

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales (29733) y al Código de Protección y Defensa del Consumidor (Ley 29571), otorgo consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para que mis datos sean incluidos en la Base de Datos personales de la Corporación educativa y tratados para recibir o recabar información a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto SMS, e-mail, chats, etc. Con los objetivos de evaluar el posible ingreso del menor postulante, absolver consultas, prospección comercial, publicidad, obligaciones económicas, gestión de clientes y perfiles, fines estadísticos, históricos o científicos, educación, así como seguridad y control de acceso a edificios. Autorizo a Colegio Divino Creador a mantenerlos en tanto sean útiles a los usos mencionados. Expreso conocer mi derecho de acceso, actualización, rectificación, inclusión, oposición y supresión o cancelación, indicándolo por e-mail a admision@divinocreador.edu.pe

Nombre completo:

DNI / CE:

Fecha:
