MINISTERIO DE EDUCACIÓN
COLEGIO SAINT MARY PANAMÁ OESTE
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
2027-2028

Nota: *Este es un formulario de* ***inscripción****, la institución no adquiere compromiso de otorgar cupo solicitado, aun cuando el colegio tenga la disponibilidad para el mismo.*

Fecha: _____
Grado al que aspira ingresar: _____

DATOS EL ESTUDIANTE, ASPIRANTE A INGRESAR AL COLEGIO

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Nacionalidad: _____Religión: _____

Bautizado en: _____

Número de Cédula: _____ Número de Pasaporte: _____
(Si es extranjero)

Fecha de Nacimiento: _____
(día / mes / año)

Tiene hermanos en el Colegio _____ (Sí o No)

Si la respuesta es afirmativa, detalle nombre (s) y grados que cursan:

Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____Grado: _____

Teléfonos: Res: _____ Cel: _____

Promedio acumulado del grado anterior _____

Escuela de Procedencia: _____

Ciudad y País de la Institución escolar donde cursa el último año escolar:

_____

¿Posee la carta de convalidación emitida por la Dirección Regional de Educación de Panamá Centro? _____ (Si o No)

NOMBRE DE LA MAMÁ: _____Apellidos: _____

Dirección: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

Teléfono, Res.: _____ Oficina: _____ Cel.: _____

Correo electrónico: _____

Lugar de trabajo: _____

Profesión: _____

Salario: _____ Otros Ingresos: _____

¿Vive el estudiante con usted? _____

Firma de la mamá: _____

N° de Cédula: _____

NOMBRE DEL PAPÁ: _____

Apellidos: _____

Dirección: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

Teléfonos Res.: _____ Oficina: _____ Celular _____

Correo electrónico: _____

Lugar de trabajo: _____

Profesión: _____

Salario: _____ Otros Ingresos: _____

¿Vive el estudiante con usted? (Sí / No) _____

Firma del papá: _____

N° de Cédula: _____

INFORMACIÓN DEL ACUDIENTE:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Dirección:

_____

Nacionalidad: _____

Religión: _____ Parroquia a la que asiste:
_____ Número de Cédula: _____
Número de Pasaporte: _____ *(Si es extranjero)*

Relación de parentesco con el estudiante: _____

Teléfonos Res: _____Oficina: _____ Cel: _____

Correo electrónico:_____

Lugar de trabajo:

_____

Profesión:_____

Salario del acudiente: _____ Otros ingresos: _____

¿Vive el estudiante con usted? _____ (Si o No)

Si su respuesta es negativa, detalle la o las personas adultas que viven con el estudiante:

_____

¿Posee el estudiante algún tipo de alergia o enfermedad que debamos conocer? _____ *(Sí o No)*

Si su respuesta es afirmativa, detalle brevemente el padecimiento:

_____

¿Su acudido tiene dominio del idioma inglés? _____ *(Sí o No)*

¿Su acudido tiene dominio del idioma español? _____ *(Sí o No)*

¿Quién pagará la colegiatura, texto, útiles y otros gastos del estudiante?

_____

¿Quién le orientó a seleccionarnos? _____

¿Por qué nos ha elegido para que su acudido estudie en nuestra institución?

_____

_____

Firma del Acudiente: _____

N° de cédula: _____