



COLEGIO CAMPOALEGRE
SOLICITUD DE INGRESO

Diligencie el siguiente formulario y envíelo al fax. 8650126, o al mail bienestar@campoalegre.edu.co antes de su cita.

FECHA: _____

I. DATOS GENERALES DEL ASPIRANTE

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

EDAD: _____

GRADO AL QUE DESEA INGRESAR: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

TELÉFONO: _____

JARDINES O COLEGIOS DONDE HA ESTUDIADO HASTA LA FECHA:

MOTIVO DEL CAMBIO DE COLEGIO

DESCRIPCIÓN CORTA DEL MOTIVO POR EL CUAL TIENE COMO OPCIÓN EL COLEGIO CAMPOALEGRE: (Si su hijo(a) sabe leer y escribir dejarlo para que diligencie esta parte)

DESCRIPCIÓN CORTA DE QUIÉN ES SU HIJO(A): (Si su hijo(a) sabe leer y escribir dejarlo para que diligencie esta parte)

II. DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE: _____
EDAD: _____
PROFESIÓN U OCUPACIÓN: _____
EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
CARGO: _____
TELÉFONO DE LA EMPRESA: _____
CELULAR: _____
EMAIL PERSONAL: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____
EDAD: _____
PROFESIÓN U OCUPACIÓN: _____
EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
CARGO: _____
TELÉFONO DE LA EMPRESA: _____
CELULAR: _____
EMAIL PERSONAL: _____

No. DE HERMANOS _____

NOMBRE	EDAD	COLEGIO	GRADO

PERSONAS CON QUIEN VIVE EL ASPIRANTE:

DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA Y SUS INTERESES:

