

SOLICITUD DE MATRÍCULA

Datos del Estudiante

Apellido Paterno		Apellido Materno		
1er Nombre		2do Nombre		DNI/CE
Fecha de nacimiento:		Día:	Mes:	Año: Edad:
Lugar de nacimiento:		Dpto:	Prov:	Distrito:
Nacionalidad:		Idioma que se habla(n) en su casa:		
Domicilio:		Distrito:	Teléfono de casa:	
Grado o año en que matricula:		Inicial:	Primaria:	Secundaria:
Colegio o CEI de Procedencia:				
Dirección:				
Número de código del educando:				

Datos del Padre

Apellidos y Nombres:		Vive: SI NO		
DNI:		Pasaporte o Carné de Extranjería:		
Fecha de nacimiento:		Día:	Mes:	Año: Edad:
Domicilio:		Teléfono:		
Centro de Trabajo:		Cargo:		
Dirección:		Teléfono:		
Profesión:		Universidad:		
Colegio de Procedencia:		E-mail:		
Estado Civil: Soltero: ☐ Casado: ☐ Divorciado: ☐ Separado: ☐ Viuido: ☐				
En caso de ser divorciado o separado ¿Quién tiene la tutela? Marcar:				
Madre: ☐ Padre: ☐ Responsable de pago: ☐				

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres:		Vive: SI NO	
DNI:		Pasaporte o Carné de Extranjería:	
Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año: Edad:
Domicilio:		Teléfono:	
Centro de Trabajo:		Cargo:	
Dirección:		Teléfono:	
Profesión:		Universidad:	
Colegio de Procedencia:		E-mail:	
Estado Civil: Soltera: ☐ Casada: ☐ Divorciada: ☐ Separada: ☐ Viuido: ☐ En caso de ser divorciada o separada ¿Quién tiene la tutela? Marcar: Madre: ☐ Padre: ☐ Responsable de pago: ☐			

Datos del Apoderado

Apellidos y Nombres:	
DNI:	Pasaporte o Carné de Extranjería:
Domicilio:	Teléfono:
Centro de Trabajo:	Cargo:
Dirección:	Teléfono:
Profesión:	Universidad:

Hermanos(as)

Nombre	Edad	Centro de Estudios	Grado o Ciclo

Emergencia

Proporcionar cualquier dato respecto a la salud de su hijo(a) que pueda ser útil a nuestra enfermería

Fecha: / /

Firma del Padre

Firma del Madre



Av. Alvarez Calderón 761.
San Isidro Lima , Perú.



+51 950 480 362
+51 (1) 440-2235
+51 (1) 650-0130



informes@ssccbelen.edu.pe