

INSTITUTO DE PSICOPEDAGOGÍA INTEGRAL
COLEGIO ISAAC MARTIN

SOLICITUD DE MATRÍCULA - CURSO LECTIVO 2019

FECHA: / /

► **DATOS DEL ESTUDIANTE**

Nombre y apellidos _____
Nivel a cursar: _____ Tel./Cel: _____ Correo electrónico: _____
Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____
Cédula: _____ Edad actual: _____ Teléfono de hogar: _____

► **DATOS DEL PADRE**

Nombre: _____
Cédula: _____ Ocupación: _____ Tel./Cel: _____
Correo electrónico: _____ Tel.Oficina: _____

► **DATOS DE LA MADRE**

Nombre: _____
Cédula: _____ Ocupación: _____ Tel./Cel: _____
Correo electrónico: _____ Tel.Oficina: _____

Llamar en caso de emergencia: _____ Tel: _____
Dirección Exacta del Domicilio: _____

Institución de Procedencia: _____ Teléfono: _____

Motivo por el cual desea ingresar a nuestra Institución: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Favor Indicar si el alumno(a) tiene algún padecimiento o problema de salud. Sí () No ()

Especifique: _____

¿Toma el alumno(a) algún medicamento especial? Sí () No ()

Especifique: _____

Se autoriza a la institución para que en caso de emergencia pueda suministrar al alumno(a) el siguiente medicamento y dosis:

► TRANSPORTE:

¿Necesita transporte para el presente curso lectivo? Sí () No ()

*En caso afirmativo solicitar la fórmula respectiva para su trámite.

► ME COMPROMETO A:

A. Contribuir en todo lo posible en el aprendizaje y desarrollo de mi hijo(a) respaldando el trabajo realizado por la institución educativa.

B. Cumplir con lo que establece el documento: “Responsabilidades de los Padres y Madres de Familia.

C. Respetar las normas y reglamentos de la institución.

D. Apoyar el programa de salud integral que lleva a cabo la institución, realizando al menos 1 vez al año, o cuando fuera solicitado, pruebas de laboratorio clínico (tales como: hemograma, orina general, heces, pruebas anti doping) con el fin de mantener actualizado el expediente médico de mi hijo(a), y asumir el pago de las mismas.

E. Cancelar puntualmente la colegiatura y en los primeros 15 días de cada mes conforme al calendario de pago elegido:

() De febrero a noviembre () De enero a noviembre () De enero a diciembre

La institución podrá aumentar el valor de los servicios prestados cuando el costo de los mismos se viere incrementado por variables no predecibles. El pago de matrícula constituye una reserva de cupo en el nivel solicitado, y no compromete a la institución a garantizar cupo en un nivel diferente al matriculado.

LOS MONTOS CANCELADOS POR CONCEPTO DE MATRÍCULA NO SON REEMBOLSABLES

► DATOS DEL PADRE/ MADRE O ENCARGADO

Nombre y apellidos: _____

N°Cédula: _____ Firma: _____

IPICIM - APRENDER PARA CRECER.

Moravia. De Lincoln Plaza 50 mts Este, 500 mts Norte y 150 mts Oeste



2240-6034 / 2236-7022



www.ipicim.ed.cr



/ipicim