



York International School

Formulario de Admisión

Por favor completa el siguiente formulario y entrégalo firmado en las oficinas del York International School, o escaneado vía email a admisiones@york.edu.pa

Fecha de solicitud: _____ Grado a cursar: _____ en el año: _____

Información general del estudiante

Nombre completo		Fecha de nacimiento (dd/mm/yy)
Lugar de nacimiento	Nacionalidad(es)	Número de documento de identificación
Dirección residencial		Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Información escolar del estudiante

Colegio actual		Ciudad/País	
Año de ingreso	Grados cursados	Tipo de calendario A (Mar-Dic) <input type="checkbox"/> B (Ago-Jun) <input type="checkbox"/>	
Colegios anteriores		¿Tiene algún hermano en el York? Nombre(s) y grado(s)	

Información adicional del estudiante

¿El estudiante recibe o ha recibido asistencia o tratamiento por alguna necesidad educativa especial, de comportamiento o de el área emocional? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa por favor:	
¿El estudiante tiene alguna condición de salud o de desarrollo que el colegio debería conocer? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa por favor:	
¿El estudiante sufre de algún tipo de alergia producida por alimentos? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa por favor:	
Nombre y teléfono de contacto para emergencias	Nombre y teléfono del médico del estudiante

Información familiar - Acudiente 1

Nombre completo		Fecha de nacimiento (dd/mm/yy)	
Lugar de nacimiento	Nacionalidad(es)	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Dirección residencial		Teléfono residencial	Teléfono celular
Profesión/Ocupación	Lugar de trabajo	Teléfono trabajo	
Email		Parentezco con el estudiante Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Información familiar - Acudiente 2

Nombre completo		Fecha de nacimiento (dd/mm/yy)	
Lugar de nacimiento	Nacionalidad(es)	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Dirección residencial		Teléfono residencial	Teléfono celular
Profesión/Ocupación	Lugar de trabajo	Teléfono trabajo	
Email		Parentezco con el estudiante Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

El estudiante vive con Mamá y papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastro <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique
Si los padres son separados o divorciados, indica quién tiene la guarda y crianza del estudiante Ambos <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastro <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique
Observaciones

Autorización

Mi firma a continuación certifica que toda la información provista en esta solicitud está completa, objetivamente correcta y que no se ha omitido ninguna información sustancial. Entiendo que todos los datos y el material recopilado durante el proceso de admisión están sujetos a verificación, se mantienen estrictamente confidenciales y son propiedad exclusiva del York. Entiendo también que la admisión no está garantizada, que se debe completar un proceso y la desición final es del comité de admisiones del York.	
Firma acudiente 1	Firma acudiente 2