

COLEGIO MONTESSORI DE PANAMÁ
BILINGÜE



SOLICITUD DE CUPO
Foto



Nombre del alumno(a): _____

Fecha de la solicitud: _____ No. de cédula o pasaporte: _____

Aspirante para el año lectivo: _____

Grado que solicita: _____

Preescolar		Taller 1		Taller 2		Pre media		Media	
Maternal 1		Primero		Cuarto		Séptimo		Décimo	
Maternal 2		Segundo		Quinto		Octavo		Undécimo	
Pre kínder		Tercero		Sexto		Noveno		Duodécimo	
Kínder									

Fecha de nacimiento: día ____/mes ____/año ____ Edad: _____

Nacionalidad: _____ teléfono fijo: _____

Dirección de domicilio

Corregimiento: _____ Barriada: _____

Calle: _____ No. casa/ apartamento: _____

Colegio de procedencia: _____

Repite el grado que solicita: Sí ____ No ____

Motivo del cambio: _____

¿Quién le recomienda?

Familiar ____ Amigo ____ Psicólogo ____ Paidopsiquiatra ____ Neurólogo ____

¿Cómo conoció nuestra oferta educativa?

Nombre de la madre: _____ Nacionalidad: _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ No. de celular: _____

Nombre del padre: _____ Nacionalidad: _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ No. de celular: _____

Enviar formulario a:

admisiones@montessoripanamá.com

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL COLEGIO

Recibió la solicitud: _____ Entrevistó a los padres: _____

Entrevista y evaluación psicológica: _____

Observaciones: _____

Matrícula autorizada por

Fecha de autorización
