

# FORMULARIO DE ADMISIONES

Estimado Padre/Guardián,

Gracias por su interés en Lighthouse International School. Estamos a la expectativa de reunirnos con usted conforme avanzamos por el proceso de admisiones. Adjunto está el formulario de admisiones, y abajo encontrará una lista que le ayudará a completar los pasos del proceso. Son bienvenidos a conocer la escuela y recibir nuestro recorrido, preferiblemente durante horas lectivas. En cualquier momento que tengan dudas, siéntanse en la libertad de contactarnos vía email o por teléfono.

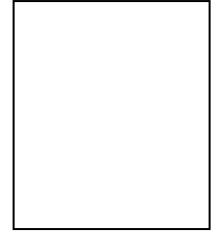
Por favor complete los siguientes pasos para poder matricular a su hijo(a) en nuestra escuela. Cada paso debe ser completado antes de proceder con el siguiente.

## Procedimiento de Admisiones:

1. Completar el formulario
2. Entregar a la oficina de admisiones el formulario con los siguientes documentos:
  - Identificación del estudiante: Certificado nacimiento (<http://www.consulta.tse.go.cr/>), fotocopia de pasaporte o cédula de menor de edad
  - Fotocopia del récord de vacunas al día
  - Fotografía reciente
  - Carta de la escuela anterior confirmando que todos los pagos están al día
  - Estudiantes de Pre-Kinder hasta 1er grado: Presentar examen de oído y vista
  - Estudiantes de Pre-Kinder hasta 1er grado: Presentar valoración de estado nutricional, de desarrollo y estado físico (relación peso/edad, talla/edad).
  - Estudiantes de 1ero en adelante: copia de las notas de los dos últimos años
  - Estudiantes de 1ero en adelante: carta de recomendación de la maestra actual
  - Informes de los resultados de las evaluaciones académicas, psicológicas, pruebas estandarizadas, adecuaciones curriculares u otros.
  - Fotocopia de la cédula o pasaporte de los padres
3. Programar y completar una visita a la escuela. Durante la visita su hijo(a) tomará un examen de admisión. Ese día los padres o encargados también serán entrevistados por un miembro del comité de admisiones.
4. El comité revisará la documentación junto con el resultado del examen de admisión.
5. La oficina de admisiones notificará formalmente el resultado a la familia. Si el estudiante es admitido, el padre o encargado vendrá a la escuela a firmar el acuerdo de matrícula y a hacer los pagos de matrícula correspondientes.



# FORMULARIO DE ADMISIONES



Fecha:

Año Escolar: 20  - 20

## Información del Estudiante

Nombre del Estudiante

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre Completo

(Favor escriba el nombre como aparece en la identificación oficial)

Masculino ☐

Femenino ☐

Nombre Preferido

Edad	<input type="text"/>
ID (cédula o pasaporte)	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
País donde nació	<input type="text"/>
Aplicando al nivel	<input type="text"/>

Dirección de la casa:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Provincia:

Cantón:

Distrito:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Lengua Materna del Estudiante

<input type="text"/>
----------------------

Nivel de Manejo del Inglés:

Principiante

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Fluido

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Conversacional

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Nativo

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Nivel de Manejo del Español:

Principiante

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Fluido

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Conversacional

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Nativo

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Otros idiomas que habla el estudiante:

nn \_\_\_\_\_

### Información de la Familia

#### Padre/Guardián

Nombre		
ID (cédula o pasaporte)		
Tel. de la casa		Tel. Celular
Correo electrónico		
Dirección de la casa		
Nivel educativo		Ocupación/Puesto
Nombre de la empresa		
Tel. de la empresa		
Dirección de la empresa		

#### Madre/Guardián

Nombre		
ID (cédula o pasaporte)		
Tel. de la casa		Tel. Celular
Correo electrónico		
Dirección de la casa		
Nivel educativo		Ocupación/Puesto
Nombre de la empresa		
Tel. de la empresa		
Dirección de la empresa		

Los padres del estudiante están:

Casados ☐

Separados ☐

Divorciados ☐

Viudo(a) ☐

¿Quién tiene la custodia legal del estudiante?

Madre ☐

Conjunto ☐

Padre ☐

Otro ☐ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el estudiante?

Madre ☐

Conjunto ☐

Padre ☐

Otro ☐ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Otras circunstancias familiares, especiales del estudiante: (Ej. madrastra, padrastro, guardián, etc.)

Hermanos y Hermanas del Estudiante:

Nombre	Edad/Grado
	/
	/

### Información de Orientación

Anote las tres últimas instituciones educativas a las que ha asistido el alumno (incluyendo la actual), y además indique los grados completados (o en progreso) para cada respectiva escuela. Ordénalas de la más actual a la más antigua.

Escuela

Grado completados (o en progreso)

---



---



---

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Le han adelantado un nivel?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha repetido algún nivel?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha recibido consejería alguna vez?                                      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha sido diagnosticado con algún problema emocional y/o de aprendizaje?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Recibe el estudiante algún tipo de adecuación curricular en su escuela? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

De ser así, favor provea más información que nos ayude a entender mejor, las necesidades de su hijo(a):

---



---



---

### Información Médica

**¿Tiene el niño alergias?** ☐ Si ☐ No **Tipo de sangre:** \_\_\_\_\_

De ser así, favor brindar más información que nos ayude a entender mejor las necesidades de su hijo(a):

---



---

Historial Médico:

- |                          |                          |              |                          |                                 |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Asma                     | <input type="checkbox"/> | Diabetes     | <input type="checkbox"/> | Colitis/dolor estomacal crónico | <input type="checkbox"/> |
| Migrañas/Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | DA /DA con hiperactividad       | <input type="checkbox"/> |
| Problemas del corazón    | <input type="checkbox"/> | Tiroides     | <input type="checkbox"/> | Presión Alta                    | <input type="checkbox"/> |
| Padecimiento crónico     | <input type="checkbox"/> |              |                          |                                 |                          |

De marcar alguna de las anteriores, favor brindar más información que nos ayude a entender mejor las necesidades de su hijo(a):

---



---

Favor especificar cualquier medicamento que el niño tome en casa. Favor especificar cualquier medicamento que el niño deba tomar en la escuela.

---



---

### Contactos de Emergencia:

En caso de no lograr comunicarnos con usted, ¿quién deberá ser contactado en caso de emergencia?

	Contacto 1	Contacto 2	Doctor Familiar
Nombre			
Relación			
Tel. Casa			
Tel. Trabajo			
Tel. Celular			

Hospital de Preferencia

CIMA ☐ Hospital de Niños ☐ Clínica Bíblica ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Si su hijo presenta una situación médica durante su horario escolar, favor indicar cual de los siguientes medicamentos libres de prescripción autoriza usted, le administre la enfermera de la escuela:

Acetaminofén, Panadol (dolor, fiebre)	<input type="checkbox"/>	Mucosolvan jarabe (tos)	<input type="checkbox"/>	Bucalex spray (dolor garganta, dientes)	<input type="checkbox"/>
Antifludes pediátrico (antigripal)	<input type="checkbox"/>	Decatilen (dolor de garganta)	<input type="checkbox"/>	Tabcin niños (antigripal)	<input type="checkbox"/>
Cataflam gotas y tabletas (dolor, fiebre)	<input type="checkbox"/>	Suero oral (rehidratación)	<input type="checkbox"/>	Loratadina (antialérgico)	<input type="checkbox"/>
Alergel crema (antialérgico tópico, picaduras de insectos)	<input type="checkbox"/>	Fastum gel (dolor muscular)	<input type="checkbox"/>	Visina oftálmicas (irritación de ojos)	<input type="checkbox"/>
Allegra jarabe y tabletas (antialérgico)	<input type="checkbox"/>	Gravol pastillas (antinauseoso)	<input type="checkbox"/>	Otogen + Neomicina gotas óticas (dolor oídos)	<input type="checkbox"/>
Buscapina compuesta gotas (para dolores estomacales)	<input type="checkbox"/>	Sertal gotas (dolor estomacal)	<input type="checkbox"/>	Neobol spray (raspones)	<input type="checkbox"/>
Calamina (picaduras)	<input type="checkbox"/>	Tums (acidez estomacal)	<input type="checkbox"/>		

Medicina con receta:

---

### **Enunciado del Estudiante (Opcional de Pre-K a 2º grado)**

Estudiante: En sus propias palabras, escriba un párrafo que describa sus intereses y actividades presentes. Estas pueden incluir proyectos de trabajo comunitario, artes visuales, artes dramáticas, deportes, pasatiempos, música, escuela, ciencias, viajes, etc. (Favor usar una página aparte en caso de ser necesario)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Enunciado de los Padres**

Favor escribir un párrafo que indique lo que usted espera que su hijo obtenga a través de su educación en Lighthouse International School. (Favor usar una página aparte en caso de ser necesario)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Información de Desarrollo Temprano Preescolar a 1er grado

Información Familiar (cualquier aspecto especial)

---

---

Embarazo y nacimiento:

---

---

¿Fue el niño amamantado?

---

---

Información de desarrollo: por favor indique a que edad su hijo alcanzó los siguientes eventos:

Aspecto	Edad
Caminó	
Usó biberón hasta	
Primeras palabras	
Uso de frases	
Va al baño solo	

Por favor indique si su hijo tiene total control en cada uno de los ítems

El niño tiene un buen control verbal (puede entender y comunicarse exitosamente)	Si	No
El niño(a) no usa pañales y va al baño solo	Si	No
El niño(a) come solo	Si	No
El niño(a) camina/corre solo y sin ayuda	Si	No

Nota: Lighthouse no provee asistencia para ir al baño, comer y/o caminar de manera habitual, solamente en casos de emergencias no frecuentes. Se requiere que todos los estudiantes usen el baño, coman y caminen independientemente.

Eventos significativos en la vida del niño(a) (mudanzas, enfermedades, etc.)

---

---

Actividades/ Pasatiempos

---

---

Escolaridad anterior \_\_\_\_\_

#### **Para alumnos extranjeros:**

¿Hace cuánto vive el niño en Costa Rica? \_\_\_\_\_

¿Cómo se ha adaptado la familia a Costa Rica? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo esperan quedarse en Costa Rica? \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de Lighthouse International School?

Estudiante Matriculado	<input type="checkbox"/>	Maestra	<input type="checkbox"/>
Iglesia	<input type="checkbox"/>	Sicóloga	<input type="checkbox"/>
Publicidad	<input type="checkbox"/>	Otro	_____

Yo/Nosotros entendemos que la escuela ofrece un programa académico que inicia en el nivel de PreK y termina en el nivel de 12vo. Yo/Nosotros entendemos que el objetivo de Lighthouse International School es tener un colegio que ofrezca el diploma U.S., el bachillerato del MEP y el programa de diploma del Bachillerato Internacional; y que nuestro programa de colegio está estructurado para ofrecer los créditos y las horas para llegar a cumplir con los requisitos de estos diplomas en cuatro años.

Yo/Nosotros hemos leído y estamos de acuerdo con la filosofía y requerimientos de Lighthouse International School. Yo/Nosotros apoyamos a la escuela en el desarrollo de estas metas y entendemos que nuestra participación es esencial. Yo/Nosotros entiendo que si no he/hemos declarado la verdad al llenar este formulario o he/hemos omitido información que afecte la educación del estudiante, la admisión y matrícula pueden ser revocados. Entiendo/Entendemos que completar este formulario de admisiones y/o efectuar la visita a la institución, no garantiza la aceptación del estudiante a Lighthouse International School.

**Yo/Nosotros Si ☐ o No ☐ autorizamos** que las imágenes de nuestro hijo(a) sean incluidas en publicaciones en prensa, folletos publicitarios, página web, redes sociales o cualquier otra publicación sea digital o impresa. Lighthouse se compromete a hacer un uso correcto de dichas imágenes.

Yo/Nosotros por este medio autorizamos que el niño se retire de las instalaciones de la escuela con las siguientes personas: (En caso de que esta información no esté completa, el estudiante no podrá salir de las instalaciones con dicha persona). Si desea autorizar al estudiante para que se retire de la institución a pie, en taxi, en Uber, acompañado por otros estudiantes, o por otros adultos, sin previa autorización de su parter, favor de indicarlo en los siguientes reglones.

Nombre	Relación	ID (cédula o pasaporte)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_

Favor enviar este formulario completado a:

**Lighthouse International School**

Apdo. 127-1255 Escazú, San José, Costa Rica

2km al norte del túnel de Guachipelín

Escazú, San José, Costa Rica

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, por favor contáctenos al (506) 2215-2393 o envíe un correo electrónico a [lighthouse@lis.ed.cr](mailto:lighthouse@lis.ed.cr)