



COLEGIO REDENTORISTA
San Alfonso

RD.N° 000219-1996

“Una lección de amor y ciencia”

CARPETA DEL POSTULANTE

2025

Contiene:

- Ficha de Inscripción del Postulante 2025.
- Lista de Cotejo de documentación requerida del Postulante.

SOMOS UN COLEGIO ACREDITADO
INTERNACIONALMENTE

sace

Sistema de Acreditación
Internacional de la
Calidad Educativa
Perú - México



FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL POSTULANTE 2025

PADRE
(obligatoriamente)

Pegar Foto reciente
(tamaño carnet)

POSTULANTE
(obligatoriamente)

Pegar Foto reciente
(tamaño carnet)

MADRE
(obligatoriamente)

Pegar Foto reciente
(tamaño carnet)

DATOS DEL POSTULANTE:

AULA GRADO / AL QUE POSTULA:

NIVEL INICIAL: 3 años 4 años 5 años NIVEL PRIMARIA: 1ro. 2do 3ro. 4to. 5to. 6to. NIVEL SECUNDARIA: 1ro. 2do 3ro. 4to. 5to.

APELLIDO PATERNO del Postulante: _____ APELLIDO MATERNO del Postulante: _____

NOMBRES del Postulante: _____ N° DNI Postulante: _____

Sexo del Postulante: Masculino Femenino Fecha Nacimiento del Postulante: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento del Postulante: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Domicilio actual del postulante: _____

Distrito: _____ Teléfono fijo casa: _____

El postulante vive con: Sólo con Papá Sólo con Mamá Con ambos padres Otros (especificar): _____

El postulante reside en una vivienda: Propia (de los padres) Alquilada Familiar (de otros parientes)

¿El postulante cuenta con alguna Necesidad Educativa Especial (NEE)?: Ninguna Física(motora) Baja Visión
 Ceguera Total Hipoacusia Sordera total Sordoceguera Autismo
 Síndrome Down Retardo mental leve Retardo mental moderado Retardo mental severo

¿El postulante cuenta con algún Seguro? SI NO Indicar el N° de Póliza del Seguro: _____

Religión del Estudiante: _____ ¿El/la estudiante está Bautizado(a)? Sí NO

Nombre del Colegio de procedencia: _____ Privada Pública

Dirección del Colegio de procedencia: _____

Distrito del Colegio de procedencia: _____ CÓDIGO MODULAR del Colegio de procedencia: _____

Quien sería el responsable de la matrícula y pago de pensiones 2025: Sólo el Padre Sólo la Madre Otro:

¿El postulante tiene hermanos? SI NO Si marcó SI, mencionarlos a continuación:

Sólo Nombres Completos:	Edad	Nombre del Nido / Colegio / Universidad:	Grado-Nivel / Ciclo que estudia



DATOS DEL PADRE DEL POSTULANTE:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	Nacionalidad:
Documento de Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Carnet de Extranjería	N° de Documento:
Fecha Nacimiento del Padre: ____ / ____ / ____	Edad:
Lugar de Nacimiento del Padre: País:	Departamento:
Provincia:	Distrito:
Grado de instrucción del Padre: Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior No Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior No Universitaria Completa <input type="checkbox"/>	Superior Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior Universitaria completa <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>
Estado Civil ACTUAL: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	
Domicilio:	
Distrito:	Profesión u Ocupación del Padre:
N° Celular del Padre:	Correo electrónico del Padre:

Datos laborales del Padre:

El Padre percibe sus ingresos mensuales por: <input type="checkbox"/> PLANILLA <input type="checkbox"/> RECIBO POR HONORARIOS <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> NINGUNO		
¿Es trabajador DEPENDIENTE?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si fuese DEPENDIENTE a continuación, indique la Razón Social de la empresa:		
Cargo actual:		
Dirección de la empresa donde labora:		
Año que ingresó a laborar:	Ingreso Mensual Neto que percibe:	Moneda: <input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares
¿Posee su PROPIA EMPRESA?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si tuviera su propia empresa, indique su Razón Social:		
N° RUC de su empresa:		
Categoría de su empresa: <input type="checkbox"/> Microempresa <input type="checkbox"/> Pequeña Empresa <input type="checkbox"/> Mediana Empresa		
¿A que rubro pertenece o que servicio brinda su propia empresa?:		
Dirección de su empresa:		
Año de creación de su empresa:	Ingreso Mensual Neto que percibe su empresa:	



DATOS DE LA MADRE DEL POSTULANTE:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____ Nacionalidad: _____

Documento de Identidad: DNI Carnet de Extranjería N° de Documento: _____

Fecha Nacimiento de la Madre: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento de la Madre: País: _____ Departamento: _____
Provincia: _____ Distrito: _____

Grado de instrucción de la Madre:
Secundaria incompleta Superior Universitaria Incompleta
Secundaria completa Superior Universitaria completa
Superior No Universitaria Incompleta Maestría
Superior No Universitaria Completa Doctorado

Estado Civil ACTUAL: Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada

Domicilio: _____

Distrito: _____ Profesión u Ocupación de la Madre: _____

N° Celular de la Madre: _____ Correo electrónico de la Madre: _____

Datos laborales de la Madre:

La Madre percibe sus ingresos mensuales por: PLANILLA RECIBO POR HONORARIOS AMBOS NINGUNO

¿Es trabajadora DEPENDIENTE?: SI NO Si fuese DEPENDIENTE a continuación, indique la Razón Social de la empresa:

Cargo actual: _____

Dirección de la empresa donde labora: _____

Año que ingresó a laborar: _____ Ingreso Mensual Neto que percibe: _____ Moneda: Soles Dólares

¿Posee su PROPIA EMPRESA?: SI NO Si tuviera su propia empresa, indique su Razón Social:

N° RUC de su empresa: _____

Categoría de su empresa: Microempresa Pequeña Empresa Mediana Empresa

¿A que rubro pertenece o que servicio brinda su propia empresa?: _____

Dirección de su empresa: _____

Año de creación de su empresa: _____ Ingreso Mensual Neto que percibe su empresa: _____

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

FECHA : ____ de ____ del 202__.



LISTA DE COTEJO DE DOCUMENTACIÓN DEL POSTULANTE 2025

Postulante: _____

Aula / Grado al cual postula: _____ Nivel: _____

N°	ORDEN DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBERÁ DE ESCANEAR Y ENVIAR O ADJUNTAR	V.B.
1	FICHA DE MATRÍCULA DEL SIAGIE 2024 (F.U.M.) del postulante emitido por el colegio de procedencia.	
2	INFORME DEL PROGRESO o LIBRETA DE NOTAS 2024 del postulante emitido por el colegio de procedencia. <i>(si el postulante aún no termina el año escolar 2024, adjuntar su Libreta de Notas del último Bimestre o Trimestre evaluado).</i> <i>(si el postulante ha concluido el año escolar 2024, deberá de adjuntar su Libreta de Notas ANUAL).</i>	
3	Copia del DNI del menor postulante.	
4	Copia del DNI del padre de familia.	
5	Copia del DNI de la madre de familia.	
6	CONSTANCIA DE NO ADEUDO ACTUALIZADA a la fecha de postulación, del Colegio de procedencia o el REPORTE DEL RÉCORD DE PAGO DE TODAS LAS PENSIONES de enseñanza del año escolar 2024, del Colegio Privado de procedencia. <i>(omitir este requisito si procede de una institución educativa PÚBLICA - ESTATAL).</i>	
Adjuntar los siguientes documentos para poder evaluar la capacidad de asumir los compromisos económicos con el CEP "SAN ALFONSO" durante la escolaridad del estudiante:		
7	<u>SI EL PADRE Y/O MADRE SON TRABAJADORES DEPENDIENTES, CADA UNO DEBERÁ DE ADJUNTAR LO SIGUIENTE:</u> <ul style="list-style-type: none">➤ Enviar las tres (3) últimas Boletas del Trabajador del PADRE, de la empresa donde labora actualmente.➤ Enviar las tres (3) últimas Boletas del Trabajador de la MADRE, de la empresa donde labora actualmente	
8	<u>SI EL PADRE Y/O MADRE POSEE SU PROPIA EMPRESA (INDEPENDIENTE) CADA UNO DEBERÁ DE ADJUNTAR LO SIGUIENTE:</u> <ul style="list-style-type: none">➤ Enviar FICHA RUC DE LA EMPRESA.➤ Enviar las últimas dos (2) declaraciones a la SUNAT.➤ Adjuntar comprobantes de pago que emiten (facturas, boletas de ventas).	



FICHA PSICOPEDAGÓGICA DEL POSTULANTE 2025

NOTA IMPORTANTE:

Estimado padre de familia, la información proporcionada se sujeta a lo establecido en la política de privacidad del proceso de Admisión, en donde se informa las condiciones del tratamiento de los datos personales. Asimismo, deben de tener conocimiento que la información que brindan tiene carácter de **Declaración Jurada**.

1.- DATOS DEL POSTULANTE:

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombres:	
Fecha de nacimiento:	Edad (en años):	Sexo:	N° DNI:
		M () F ()	
País de nacimiento:	Departamento:	Provincia:	Distrito:
Dirección domiciliaria actual:			Teléfono fijo:
Nombre de la Institución Educativa de procedencia:		Grado y Nivel que ha cursado en la IE de procedencia:	

2.- DATOS FAMILIARES:

De la composición y organización familiar:

Separación de los padres	() NO	() SI	Año:
Divorcio de los padres	() NO	() SI	Año:
¿El padre vive con el postulante?	() NO	() SI	Año:
¿La madre vive con el postulante?	() NO	() SI	Año:
¿El estudiante vive con otro familiar? (indicar con quien)			

3.- ANTECEDENTES ESCOLARES:

El postulante es acompañado en el hogar, fuera del horario escolar por:				
N°	Nombres de los Colegios donde cursó estudios anteriormente el postulante	Año Escolar	Grado y Nivel que estudió	Motivo de egreso / traslado
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4.- INFORMACIÓN DE REFERENCIA:

a) Por qué medio tuvo referencia de nuestra Institución Educativa:

Padres de familia () Internet () Exalumnos () Guía de colegios () Otro medio: _____

Los padres de familia deben tener conocimiento que la información que brindan tiene carácter de Declaración Jurada.
Este documento es SÓLO para uso interno del colegio "San Alfonso".



b) Qué los motivó a elegir nuestra Institución Educativa

Nivel académico () Educación en valores () colegio religioso () Sana convivencia ()
Plana docente () Ser una escuela segura () Otros _____

5.- INFORMACIÓN SOBRE EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL/LA ESTUDIANTE:

PRE NATAL:

- ❖ Embarazo planificado: Si () No ()
- ❖ Control médico durante el embarazo Si () No ()
- ❖ Embarazo normal () Dificultades () Explique: _____

PARTO:

- ❖ Normal () Programado () Cesárea () Meses de embarazo: _____
- ❖ Presentación del bebé: Cefálica () Podálica () Otros _____
- ❖ Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Apgar: _____ (Si no recuerda ver tarjeta de control y desarrollo del niño).
- ❖ Necesitó incubadora: SI () NO () ¿Cuánto tiempo?: _____
- ❖ Su desarrollo en peso y talla estuvo dentro de lo normal en esta etapa. SI () NO ()
- ❖ ¿Ha tenido enfermedades desde su nacimiento? SI () NO () ¿Cuáles?: _____

POST NATAL:

- ❖ Lactancia materna: SI () NO () ¿Cuánto tiempo?: _____
- ❖ Biberón: SI () NO () ¿Cuánto tiempo? _____

CONTROL DE ESFÍNTERES:

- ❖ ¿A qué edad dejo el pañal? _____ ¿Quién estuvo a cargo del entrenamiento? _____

SUEÑO:

- ❖ ¿Hora de dormir? _____ ¿A qué hora se levanta? _____ ¿Tiene pesadillas? _____

ALIMENTACIÓN:

- ❖ ¿Lactancia materna? _____ Edad del destete _____ ¿A qué edad comió solo? _____
- ❖ ¿Hubo dificultades posteriores? _____ ¿Actualmente es inapetente? SI () NO ()



DESARROLLO DEL LENGUAJE:

- ❖ Edad de sus primeras palabras: _____
- ❖ ¿Presenta dificultades para pronunciar palabras? SI () NO ()
¿Cuáles?: _____

- ❖ Actualmente, ¿presenta dificultades para hablar? SI () NO () ¿Cuáles?:

- ❖ ¿Cómo habla actualmente? Bien (); Tartamudea (); Algunos fonemas aun no los pronuncia bien ().
- ❖ ¿Se expresa de forma fluida? Si () No ()

DESARROLLO MOTRIZ ¿A qué edad logró?:

- ❖ Sentarse sin apoyo _____ Gatear _____ Pararse _____ Caminar _____ Correr _____
- ❖ Presencia de movimientos como: Balanceo () Sacude brazos () Aleteo () Camina de puntas ()

APRENDIZAJE:

- ❖ ¿A qué edad empezó su escolaridad? _____
- ❖ Observaciones significativas en la Educación Inicial: _____
- ❖ Observaciones significativas en la Educación Primaria: _____
- ❖ Observaciones significativas en la Educación Secundaria: _____
- ❖ Su rendimiento académico puede ser calificado como: Excelente () Bueno () Promedio () Bajo ()

ACTUALMENTE:

- ❖ Necesita ayuda constante de un adulto para realizar tareas SI () NO ()
- ❖ Olvida con frecuencia la información recibida SI () NO ()
- ❖ Comprende lo que lee SI () NO ()
- ❖ Se concentra sin dificultad, presta atención SI () NO ()
- ❖ Posee rapidez para aprender SI () NO ()
- ❖ Realiza sus tareas escolares de manera autónoma SI () NO ()
- ❖ Lee con fluidez SI () NO ()
- ❖ Ha presentado dificultades en el aprendizaje SI () NO ()

6.- CONDUCTA- ADAPTACIÓN SOCIAL:

- ❖ ¿Cumple las normas de convivencia escolar? SI () NO ()
- ❖ Disfruta de la compañía de sus pares: SI () NO ()



- ❖ ¿Se muestra líder en el grupo de sus compañeros? SI () NO ()
- ❖ ¿Respeto las normas de juego? SI () NO ()
- ❖ ¿Disfruta de la compañía de adultos? SI () NO ()
- ❖ ¿Busca la aprobación de los demás? SI () NO ()
- ❖ ¿Puede iniciar una conversación? SI () NO ()
- ❖ ¿Le cuesta hacer amigos? SI () NO ()

7.- HÁBITOS Y ACTIVIDADES DIARIAS:

- ❖ ¿Cuáles son las distracciones de su hijo? _____
- ❖ ¿Practica algún deporte? SI () NO () ¿Cuál? _____
- ❖ ¿Realiza actividades artísticas: música, pintura, dibujo, danza, etc.? SI () NO ()
- ❖ Indique cuáles: _____
- ❖ Indique que otras actividades, hobbies, o pasatiempos realiza: _____
- ❖ ¿Qué dispositivos electrónicos usa (celular, Tablet, laptop, Smart tv, juegos de video)? _____
- ❖ ¿Cuánto tiempo usa los dispositivos electrónicos? (horas diarias y días de la semana) _____

8.- EVALUACIONES EXTERNAS:

¿Ha sido evaluado por algún servicio externo? SI () NO () (Si marcó SI, marque con una X a continuación):

Psicológico () Psiquiátrico () Neuro pediátrico () Aprendizaje () Lenguaje ()
Médico () Motriz () Oftalmológico ()

¿Cuenta con algún diagnóstico? SI () NO () (Si marcó SI, marque con una X a continuación):

Médico () Psicológico () Psiquiátrico () Oftalmológico ()

Otro (Especifique) _____

¿Cuenta con alguna discapacidad? SI () NO () (Si marcó SI, marque con una X a continuación):

Motora/Física () Lenguaje () Cognitiva () Visual () Sensorial () Psíquica ()

9- INFORMES EMITIDOS POR INSTITUCIONES CERTIFICADAS:

- ❖ ¿El/la postulante cuenta con un informe psicológico externo? SI () NO ()
- ❖ ¿El/la postulante cuenta con algún otro informe externo? SI () NO ()

Especifique: _____



10.- TRATAMIENTOS RECIBIDOS: (A continuación, marque con una "X" el o los tratamientos recibidos):

Aprendizaje () Psicológico () Neurológico () Ocupacional () Oftalmológico ()

Psiquiátrico () Lenguaje () Médico () Motriz () Ninguno ()

- ❖ Especifique cuando comenzó el tratamiento/terapia: _____
- ❖ ¿Cuánto tiempo duro?: _____
- ❖ Actualmente, ¿recibe algún tipo de tratamiento/terapia?: SI () NO () Especifique: _____

- ❖ ¿Ha tenido alguna operación, enfermedad y/o accidente significativo?: SI () NO ()
Especificar a qué edad: _____
- ❖ ¿Sufre de alguna alergia?: SI () NO ()
Especificar el tipo de alergia: _____

11.- OTROS DATOS:

- ❖ Estado de salud de los padres: _____

- ❖ Enfermedades de algún familiar (Médico o psiquiátrico): _____

12.- BREVE DESCRIPCIÓN DEL POSTULANTE: (A nivel académico, socioemocional y conductual)

FIRMA del Padre: _____

FIRMA de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

DNI del Padre: _____

DNI de la Madre: _____

FECHA: ____ de _____ del 202__