



FOTO

REGISTRO ACUMULATIVO GENERAL
AÑO LECTIVO 2023 – 2024

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN / INFORMACIÓN DE LA ESTUDIANTE

APELLIDOS Y NOMBRES	
CÉDULA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	
SECTOR	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA	
E-MAIL	
TELÉFONO / CELULAR	
CURSO	

2. DATOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

INFORMACIÓN	DE LA MADRE	DEL PADRE
APELLIDOS Y NOMBRES		
ESTADO CIVIL		
EDAD		
INSTRUCCIÓN EDUCATIVA		
PROFESIÓN / OCUPACIÓN		
LUGAR DE TRABAJO		
TELEFONO / CELULAR		

3. DATOS DE PADRE/MADRE SUSTITUTO (en caso de existir)

APELLIDOS Y NOMBRES	ESTADO CIVIL	EDAD	INSTRUCCIÓN EDUCATIVA
PROFESIÓN / OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO		TELEFONO / CELULAR

4. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS Y NOMBRES	ESTADO CIVIL	EDAD	INSTRUCCIÓN EDUCATIVA
PROFESIÓN / OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO	PARENTESCO	TELEFONO / CELULAR

5. REFERENCIAS FAMILIARES DE/LA ESTUDIANTE

PERSONAS CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE (Marcar con X, puede marcar varios)

PAPÁ	
MAMÁ	
HERMANOS	
ABUELOS MATERNOS	
ABUELOS PATERNOS	
TÍOS MATERNOS	
TÍOS PATERNOS	
OTROS/ESPECIFIQUE	

NUMERO DE HERMANOS/AS	EDADES

LUGAR QUE OCUPA LA ESTUDIANTE EN LA FAMILIA (Marcar con X)

HIJO ÚNICO	HIJO ÚLTIMO	PRIMOGÉNITO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO

NOMBRE DE HERMANOS/AS QUE ESTUDIEN EN LA MISMA INSTITUCIÓN

NOMBRES	APELLIDOS	CURSO	NOMBRES DEL REPRESENTANTE



UNIDAD EDUCATIVA SAN JOSÉ
RELIGIOSAS FRANCISCANAS
 Telf. 2970009 Casilla No. 70
 Milagro – Ecuador

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA (Marcar con X)

NUCLEAR	<input type="checkbox"/>	MONOPARENTAL	<input type="checkbox"/>	ADOPTIVA	<input type="checkbox"/>	EXTENSA	<input type="checkbox"/>	ENSAMBLADA	<input type="checkbox"/>	HOMOPARENTAL	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------

6. DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE CON: (Marcar con X)

PAPÁ	BUENA	<input type="checkbox"/>	MALA	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>
MAMÁ	BUENA	<input type="checkbox"/>	MALA	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>
HERMANOS/AS	BUENA	<input type="checkbox"/>	MALA	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>
OTROS (personas que viven con la estudiante)	BUENA	<input type="checkbox"/>	MALA	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>

7. FAMILIARES CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD (Marcar con X)

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

DETERMINAR QUIEN	<input type="checkbox"/>	VIVE CON LA ESTUDIANTE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	EN CASO DE PRESENTAR CARNET CONADIS ESPECIFIQUE EL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

8. REFERENCIAS SOCIOECONOMICAS GENERALES

INGRESOS/EGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (indicar un aproximado mensual)

PADRE	\$	<input type="checkbox"/>
MADRE	\$	<input type="checkbox"/>
OTROS	\$	<input type="checkbox"/>
TOTAL INGRESOS	\$	<input type="checkbox"/>
TOTAL EGRESOS	\$	<input type="checkbox"/>

GASTOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR

DETALLE	MONTO MENSUAL	DETALLE	MONTO MENSUAL	DETALLE	MONTO MENSUAL
ARRIENDO	\$	TRANSPORTE	\$	CABLE	\$
ELECTRICIDAD	\$	SALUD	\$	IMPUESTOS PEDIALES	\$
AGUA	\$	VESTUARIO	\$	PRÉSTAMOS COMERCIALES /BANCARIOS	\$
TELÉFONO	\$	ALIMENTACIÓN	\$	PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS	\$
GAS	\$	TERJETAS/CREDITO	\$	SEGUROS	\$
INTERNET	\$	PENSIONES Y MATRICULAS	\$	OTROS GASTOS	\$
SUBTOTAL	\$	SUBTOTAL	\$	SUBTOTAL	\$
TOTAL DE GASTOS MENSUALES					\$

9. CONDICIONES DE VIVIENDA (Marcar con X)

PROPIA	<input type="checkbox"/>	PRESTADA	<input type="checkbox"/>	ARRENDADA	<input type="checkbox"/>	HIPOTECADA	<input type="checkbox"/>	EXTENSIÓN DE CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

TIPO DE VIVIENDA QUE HABITA LA ESTUDIANTE (Marque con una X o coloque el número correspondiente)

DEPARTAMENTO	<input type="checkbox"/>	CASA	<input type="checkbox"/>	CASA DE 2 PISOS	<input type="checkbox"/>	SALA	<input type="checkbox"/>	COCINA	<input type="checkbox"/>	COMEDOR	<input type="checkbox"/>
NUMERO/HABITACIONES	<input type="checkbox"/>	NUMERO/BAÑOS	<input type="checkbox"/>	GARAJE	<input type="checkbox"/>	HALL	<input type="checkbox"/>	CUARTO/LABANDERÍA	<input type="checkbox"/>	PATIO	<input type="checkbox"/>

SERVICIOS (Marcar con X)

LUZ ELÉCTRICA	<input type="checkbox"/>	TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	CELULAR	<input type="checkbox"/>	TV CABLE	<input type="checkbox"/>	INTERNET	<input type="checkbox"/>	POZO	<input type="checkbox"/>	AGUA POTABLE	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	--------------	--------------------------





10. DATOS DE SALUD DE LA ESTUDIANTE (Marcar con X)

INFORMACIÓN	SI	NO	ESPECIFIQUE	PORCENTAJE
PADECE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD				
TIENE CARNÉ CONADIS				
PADECE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECÍFICA				
PADECE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECÍFICA				
PADECE DE ALERGIAS				

LA ESTUDIANTE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN (Marcar con X)

CENTRO/SUB-CENTRO DE SALUD		HOSPITAL PÚBLICO		CLÍNICA		IESS		ISSFA		ISSPOL	
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ATIENDE REGULARMENTE AL ESTUDIANTE											

11. DATOS ACADÉMICOS/RENDIMIENTO ESCOLAR

FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN (DD/MM/AA)	
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA QUE PROCEDE	
EL/LA ESTUDIANTE HA REPETIDO AÑOS (especificar cual/es)	

12. DATOS ACADÉMICOS

ASIGNATURAS DE PREFERENCIA DEL ESTUDIANTE	
ASIGNATURAS EN LAS QUE HA TENIDO DIFICULTAD	
DIGNIDADES/LOGROS ALCANZADOS	
SELECCIONADA O FEDERADA (perteneciente a alguna federación)	
EXTRACURRICULARES (especificar el lugar y tiempo de permanencia)	

13. HÁBITOS ejemplo: muecas faciales, morderse los labios, levantar la ceja, no dormir adecuadamente

SITUACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE AL MOMENTO DE SOLICITAR LA BECA	
PROMEDIO GENERAL INMEDIATO ANTERIOR	
PORCENTAJE DE ASISTENCIAS	
PORCENTAJE DE FALTAS	
PORCENTAJE DE ATRASOS	

Por el presente declaro que los datos incorporados en este formulario tienen el carácter de declaración jurada, asumiendo la responsabilidad ética y jurídica correspondiente, en caso de determinarse falsedad. Por tanto, al suscribir este documento confirmo lo registrado en el mismo como verdadero y fidedigno.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

NOMBRE: _____

C.I.: _____

FIRMA DEL POSTULANTE

NOMBRE: _____

C.I.: _____