



**U.E. JULIO JOSÉ GARMENDIA MURRIETA**

**La información requerida en esta planilla es de gran importancia, agradecemos leer y responder todas las preguntas realizadas de manera**

1. ¿Autoriza Ud. a que su representado (a) sea retirado del plantel por algún otro familiar o amigo?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

(En caso de que su respuesta sea positiva agradecemos anexar fotocopia de la C.I. de la persona autorizada)

2. ¿Autoriza Ud. a que su representado (a) sea retirado del plantel por algún Transporte Escolar?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

(En caso de que su respuesta sea positiva agradecemos anexar fotocopia de la C.I. de la persona autorizada)

3. ¿Autoriza Ud. a que su representado se retire del plantel solo?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIAS**

**Persona contacto en caso de no localizar a los padres:**

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_ Telf. Hab: \_\_\_\_\_

Telf. Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

1. ¿Es su representado (a) alérgico a algún alimento? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

---

2. ¿Es su representado (a) alérgico a algún medicamento? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

---

3. ¿Autoriza Ud. a los Directivos y/o Docentes del plantel para suministrar algún medicamento a su

Representado (a) en caso de alguna emergencia SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Especifique: En caso de fiebre:

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ En caso de dolor de barriga, vientre,

Cabeza: Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ En caso de alergias: Medicamento:

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

**U.E. JULIO JOSÉ GARMENDIA MURRIETA**

4. ¿Ha sido su representado evaluado por un Psicólogo \_\_\_\_\_ Psiquiatra \_\_\_\_\_ Neurólogo \_\_\_\_\_?
5. En caso de que haya sido evaluado por alguno de los especialistas anteriormente mencionados, ¿ Tiene Ud. algún informe sobre un diagnóstico definido? \_\_\_\_\_ Si , \_\_\_\_\_ No.

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. En caso de ser positiva la respuesta a la pregunta anterior, ¿Ha recibido o está recibiendo algún tipo de terapia Psicológica o Psicopedagógica? \_\_\_\_\_ Si, \_\_\_\_\_ No.

**DECLARACION DE ACEPTACION Y CUMPLIMIENTO DEL  
ACUERDO DE NORMAS DE CONVIVENCIAS ESCOLAR Y COMUNIATRIO**

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la cedula de  
Identidad numero \_\_\_\_\_ actuando en mi carácter de representante legal de  
\_\_\_\_\_ y en el mío propio, por medio de la  
presente declaro conocer y aceptar todo lo establecido en el Acuerdo de Normas Escolares y Comunitarias de la  
U.E. Julio José Garmendia Murrieta, por lo que me comprometo a cumplir con su contenido y a dar las  
orientaciones correspondientes a mi representado (a) para su fiel cumplimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

# **U.E. JULIO JOSÉ GARMENDIA MURRIETA**

## **Condiciones de la Inscripción**

Si después de realizar la inscripción del estudiante, el representante decide dejarla sin efecto se procederá de la siguiente manera:

- 1.** Si transcurrieran diez (10) días después de realizada y cancelada la inscripción, incluida el mes de septiembre, se reembolsará la cantidad correspondiente al 75% del monto cancelado.
- 2.** Transcurridos más de 15 días y hasta 20 días a partir de la fecha de inscripción se reembolsará el 50% del monto cancelado.
- 3.** Transcurridos más de 20 días después de realizada la inscripción, ninguna cantidad será reembolsable, por cuanto queda entendido que el dinero ha sido invertido en gastos para la apertura del año escolar.

## **Reglamento de Pago**

- 1.** El buen funcionamiento del plantel depende de la puntualidad de sus pagos.
- 2. Las mensualidades se cancelan los primeros cinco (5) días de cada mes.**
- 3.** El año escolar consta de **doce (12) meses**, los cuales se cancelaran de la siguiente manera:
  - Septiembre: Al momento de la inscripción.
  - Octubre, noviembre, diciembre, enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio, al momento de su vencimiento, es decir los primeros cinco (5) días de cada mes.
  - Agosto: Prorratedo en seis (6) cuotas, las cuales deberán ser canceladas conjuntamente con las mensualidades de: enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio.
- 4.** El pago podrá realizarse en efectivo, o a través de depósito o transferencia bancaria. En caso de realizar el pago por medio de depósito o transferencia bancaria, se deberá consignar o notificar oportunamente a la Administración el respectivo comprobante.
- 5.** Los depósitos realizados mediante cheques y que resulten devueltos tendrán un recargo administrativo, los cuales deberán ser cancelados al momento de la reposición del mismo.

Por medio de la presente declaro estar conforme con las condiciones de inscripción y el reglamento de pago que rigen a esta institución.

En la ciudad de Lechería a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de inscripción

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante