

FICHA 1.2: ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE
A. Datos del estudiante
Apellidos y Nombres:

<i>DNI:</i>	<i>Edad:</i>	<i>Grado:</i>
<i>Lugar de nacimiento:</i>	<i>Fecha de nacimiento:</i> / /	
<i>Persona de contacto en caso de emergencia:</i>		<i>Teléfono de contacto:</i>

B. Antecedentes sobre la salud del estudiante

<i>Peso:</i>	<i>Altura:</i>
<i>Grupo sanguíneo y factor Rh:</i>	

1. ¿PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?	SÍ	NO	DETALLAR
• DIABETES			
• ENFERMEDAD CARDÍACA			
• HERNIA			
• ALERGIAS (indicar a ¿qué? alimentos, comida, medicamentos, etc.)			
• CONVULSIONES			
• ASMA			
• SINUSITIS, ADENOIDES, OTITIS (Especificar)			
• HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ALTA)			
• HIPOTENSIÓN (PRESIÓN BAJA)			
• OTROS (especificar)			
2. ¿LE REALIZARON ALGUNA CIRUGÍA? (indique ¿cuál?)	SÍ	NO	DETALLAR
3. ¿EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?	SÍ	NO	DETALLAR
• HEPATITIS			
• SARAMPIÓN			
• PAPERAS			
• VARICELA			
• TUBERCULOSIS			
• FRACTURA, LUXACIÓN O ESGUINCE (especificar)			

4. MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA ...	SÍ	NO	DETALLAR
• AUDITIVO			
• VISUAL			
• CUANDO VIAJA EN ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE			
• INTOLERANCIA A ALGÚN TIPO DE ALIMENTO*			
5. ¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	SÍ	NO	(indique el nombre del medicamento y las especificaciones de su médico)
6. INDIQUE SI SABE NADAR	SÍ	NO	

C. Declaraciones y Autorizaciones

DECLARO: QUE MI HIJO (A) TIENE ALERGIAS Y/O INTOLERANCIAS A LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

- ☐ Ninguna
- ☐ Pescado
- ☐ Marisco
- ☐ Carnes
- ☐ Intolerancia a lactosa
- ☐ Otras
- ☐ (indicar): _____

DECLARO: QUE MI HIJO (A) TIENE UN RÉGIMEN ALIMENTICIO ALTERNATIVO,
INDICAR CUAL:

☐ No aplica.

☐ Vegetariano

☐ Vegano

☐ Otro (indicar): _____

Observaciones sobre la alimentación de mi hijo (a):

DECLARO: QUE MI HIJO (A) TIENE LAS SIGUIENTES ALERGIAS Y/O
INTOLERANCIAS A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

1. _____

2. _____

Yo, _____
_____, identificado con DNI _____, domiciliado en
_____, en mi calidad de
padre/madre de familia del estudiante _____,
identificado con DNI _____, con _____ años de edad;
quien cursará estudios en el Colegio de Alto Rendimiento de
_____, declaro que toda la información consignada
en el presente documento sobre el estado de salud de mi menor hijo/a se ajusta a la
verdad. Asimismo, adjunto la documentación que sustenta lo declarado.



Huella digital

Firma del madre/padre/apoderado
DNI:

_____, _____, _____ de 2020
(Ciudad) (Día) (Mes)

FICHA 1.3: DATOS DEL ESTUDIANTE
Datos del estudiante

Apellidos y Nombres:		Sexo: V / M
DNI:	Edad:	Grado:
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento: / /	
Domicilio actual:	Nro. de teléfono:	

a. Datos de la Madre: Vive la madre: ☐ SÍ ☐ NO Nombres y apellidos: _____ _____ DNI: _____ Teléfonos de contacto: a) _____ b) _____ Correo electrónico: _____	b. Datos del Padre: Vive el padre: ☐ SÍ ☐ NO Nombres y apellidos: _____ _____ DNI: _____ Teléfonos de contacto: a) _____ b) _____ Correo electrónico: _____
---	---

c. Datos del apoderado Nombre del apoderado: (si fuera la madre o padre indicarlo): _____ _____ DNI: _____ Teléfonos de contacto: a) _____ b) _____
--

d. A continuación marque con una X donde corresponda:

1. ¿Con quién vive el estudiante? (marque las necesarias) () Padre () Madre () Hermanos () Abuelos maternos () Abuelos paternos () Tíos () Otros (indicar) _____	2. Indique el número total de personas que viven con el estudiante: _____
3. ¿El estudiante se encuentra afiliado a algún tipo de seguro de salud? () SÍ () NO Si marcó sí, especifique: () ESSALUD () SIS () FFAA () EPS () Otro (indicar) _____ Debe entregar una copia de la constancia del seguro al COAR.	
4. ¿El estudiante presenta actualmente alguna discapacidad? () SÍ () NO Cuál: _____	
5. ¿El estudiante presenta actualmente alguna enfermedad? () SÍ () NO Cuál: _____	
6. ¿El estudiante ha asistido anteriormente a servicios psicológicos? () SÍ () NO Motivo: _____	

**FICHA 1.4: CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA EVALUACIÓN
PSICOLOGICA DE MI HIJO (A)**

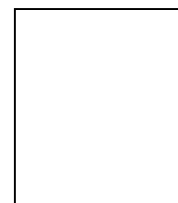
Yo, _____ identificado con
DNI _____, y domiciliado en _____
_____, en mi calidad de (madre/padre/apoderado) del estudiante
_____, identificado con DNI
_____, de _____ años de edad, autorizo a la Dirección General del
Colegio de Alto Rendimiento (COAR) _____, para que la Sub - dirección
de Bienestar y Desarrollo Integral del Estudiante, realice las evaluaciones
psicológicas pertinentes a mi menor hijo (a).

En caso se advierta la necesidad de recibir un tratamiento especializado, me
comprometo a:

- Acompañar a mi hijo (a) a un centro de salud especializado para que
reciba las atenciones correspondientes, y asumir los costos que dicho
tratamiento o rehabilitación requiera.
- Asimismo, entregaré a las autoridades del COAR la documentación que
certifique la atención y tratamientos recibidos, según sus
recomendaciones.

Firma del madre/padre/apoderado

DNI:



Huella digital

_____, _____, _____ de 2020
(Ciudad) (Día) (Mes)

**FICHA 1.5: ACTA DE COMPROMISO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
FALTANTES**

En la ciudad de _____ del día _____ del mes de _____ del
2020. Yo, _____
identificado con DNI _____ y domiciliado en
_____; en
mi calidad de madre/ padre / apoderado del estudiante
_____ Identificado con DNI
_____ de _____ años de edad.

- Me comprometo a hacer llegar los documentos faltantes al COAR
_____, dentro de 07 días calendario, contados a partir de hoy.

Indicar que documentos son los faltantes (*marque el recuadro en blanco*):

☐	Certificado de salud (con firma y sello del médico)
☐	Resultados del análisis parasitológico seriado
☐	Resultados del análisis hematológico completo
☐	Resultados del análisis de esputo
☐	Resultados del análisis de glucosa
☐	Resultados del análisis del colesterol
☐	Resultados del análisis de orina
☐	Tarjeta de vacunación actualizada
☐	Receta médica y/o prescripción médica (caso tratamiento médico, medicamentos)

- Caso contrario, en mi calidad de madre / padre / apoderado, me comprometo trasladar al estudiante al centro de salud más cercano al COAR a hacer que le tomen la muestra, en compañía del personal de salud del COAR.
- Soy consciente que de haber algún gasto en los análisis de laboratorio lo asumiré en su totalidad.



Huella digital

Firma del madre/padre/apoderado

DNI:

FICHA 2.2 DE COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA COEDUCACIÓN DE MI HIJO(A)

Yo, _____
identificado(a) con D.N.I. N° _____, con domicilio real en _____ del
distrito de _____, provincia de _____, Departamento de _____,
en mi calidad de madre/padre del estudiante _____, identificado con
D.N.I. _____, de _____ años de edad.

Declaro lo siguiente:

Estar Informado:

Sobre el objetivo general del Modelo y sus objetivos estratégicos, los diferentes servicios y bienes que se brindan en el Colegio de Alto Rendimiento y la información contenida en el Prospecto de Admisión 2020; asumiéndome como co-responsable de la implementación del Modelo del Servicio Educativo y expresando mi compromiso de respetar, participar y contribuir en las actividades de acuerdo a mis posibilidades.

Me Comprometo:

- A mantener comunicación permanente con las autoridades del Colegio de Alto Rendimiento de _____, respecto a situaciones de interés relacionadas con mi menor hijo (a).
- A retirar a mi menor hijo (a) los fines de semana y cumplir con el horario de retorno que establece el COAR.
- A acudir de forma inmediata al COAR frente a casos de emergencia médica que puede presentar mi menor hijo (a), a acompañarlo(a) a sus consultas externas y/o tratamientos de salud.
- A asistir a reuniones y/o talleres de padres.

En caso que ninguno de los padres pueda asumir esta función, declaro que el(los) **apoderado(s)² legales** pueden colaborar en dichas responsabilidades. Para tales fines declaro que mis datos de contacto están habilitados y son los siguientes:

² En caso se designe a apoderados se deberá presentar documento que acredite su condición, siendo legalizado mediante notaría o Juez de Paz. (Verificar los datos y firma según DNI).

Madre <i>Vínculo con el estudiante</i>	Nombres y Apellidos:	DNI:
	Dirección:	Celular:
	Distrito: _____	_____
	Provincia: _____ Región: _____	Teléfono fijo: _____
	Correo electrónico : _____	

Padre <i>Vínculo con el estudiante</i>	Nombres y Apellidos:	DNI:
	Dirección:	Celular:
	Distrito: _____	_____
	Provincia: _____ Región: _____	Teléfono fijo: _____
	Correo electrónico : _____	

Apoderado 1 <i>Vínculo con el estudiante</i>	Nombres y Apellidos:	DNI:
	Dirección:	Celular:
	Distrito: _____	_____
	Provincia: _____ Región: _____	Teléfono fijo: _____
	Correo electrónico : _____	

Apoderado 2 <i>Vínculo con el estudiante</i>	Nombres y Apellidos:	DNI:
	Dirección:	Celular:
	Distrito: _____	_____
	Provincia: _____ Región: _____	Teléfono fijo: _____
	Correo electrónico : _____	

AUTORIZO: Que mi menor hijo (a) participe en las actividades educativas y otras, promovidas por el Colegio de Alto Rendimiento de la región _____.
Entre ellas:

- Participar en actividades extracurriculares tales como: paseos estudiantiles, visitas a museos, centros culturales, excursiones y otros que organice el Colegio

de Alto Rendimiento COAR, bajo la responsabilidad de la Dirección General del COAR.

- El traslado de mi hijo (a) a un establecimiento de salud en casos de urgencia o emergencia médica.
- Visitas de familiares y/o salidas autorizadas por motivos especiales fallecimiento de familiares directos, cumpleaños del estudiante, etc.
- Participar en intercambios de la Red de Colegios de Alto Rendimiento - COAR u otras instituciones educativas.
- Participar en competencias académicas y/o científicas, deportivas dentro y fuera de la Región.
- Participar en pasantías académicas, experiencias de intercambio, viajes de estudio.
- En los tres últimos casos, si alguna de estas actividades implicara pernoctar fuera de las instalaciones del COAR, me comprometo a hacer llegar la autorización notarial o de juez de paz correspondiente.

INFORMO: Que mi hijo (a) está afiliado a un seguro de salud, el mismo que debe utilizarse en casos de consultas externas y/o ambulatorias:

- SIS ()
- EsSalud ()
- Sanidad – FAP – PNP ()
- Privado ()
- Otro _____ ()

En caso contrario, **expreso mi compromiso de realizar las gestiones pertinentes para afiliarlo (a) a un seguro de salud a la brevedad.** Y otras que permitan garantizar la atención oportuna de mi hijo (a) en un establecimiento de salud por concepto de evaluaciones, consultas externas y/o tratamientos obligatorios.

ME COMPROMETO: a entregar a las autoridades correspondientes, documentación sobre las prescripciones médicas de mi hijo (a) y los medicamentos, a fin de que se le brinde el seguimiento respectivo dentro del Colegio de Alto Rendimiento.

ME COMPROMETO: a facilitar a mi hijo (a) de los bienes de aseo personal que garanticen su bienestar en el COAR, y que estén autorizados por la institución.

ME COMPROMETO: a orientar permanentemente a mi hijo (a) sobre el uso responsable que debe tener respecto a los bienes y servicios que la institución educativa pone a disposición, y en caso mi hijo(a) participe en el extravío, destrucción o deterioro de algún bien asignado o de la Residencia del Colegio de Alto Rendimiento- COAR; **asumiré en mi calidad de padre/madre los costos de reposición o mantenimiento a la brevedad.**

ACEPTO: Participar, obligatoriamente, en las diferentes actividades en las que fuera convocado, tales como: reuniones de padres, talleres vivenciales, encuentros, actos protocolares entre otros, informando anticipadamente a las autoridades educativas, cuando no pueda asistir por diferentes circunstancias.

ME COMPROMETO: en acompañar a mi hijo (a) durante todos los ingresos y salidas (sábados, domingos y feriados) programados por el Colegio de Alto Rendimiento, delegando la responsabilidad al apoderado (a) asignado (a) con documento legal. Garantizando así que el estudiante mantenga el vínculo con su familia de forma permanente.

ME COMPROMETO: a respetar e incentivar el respeto de mi menor hija/o sobre las normas de convivencia establecidas como parte del modelo del COAR. Así mismo, a incentivar la participación de mi hija/o en el diseño y cumplimiento del reglamento de estudiantes.

ASUMO: La responsabilidad de dotar a mi hijo (a) de un celular, con el fin de mantener comunicación directa con él o ella durante su permanencia en el Colegio de Alto Rendimiento - COAR, respetando los horarios establecidos por la Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil.



Huella digital

Firma de la madre o padre que declara
DNI:

**FICHA 2.3: AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN FOTOGRÁFICA
Y/O AUDIOVISUAL DE MI MENOR HIJO**

Yo, _____
Identificado con D.N.I. _____, con domicilio en _____,
autorizo el uso de la imagen
fotográfica y audiovisual de mi menor hijo (a),
_____, con DNI _____, al
COAR _____, para su uso en las distintas Campañas o notas informativas
de difusión de los Colegios de Alto Rendimiento; siempre y cuando no vulnere su
integridad física o emocional.

Esta autorización tendrá vigencia de un año a partir de la firma.

A la firma del presente documento, doy señal de conformidad y aceptación.

_____ del _____ de _____ del 2020.

Ciudad

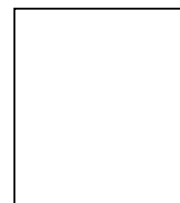
Fecha

Nombres y Apellidos del Padre, Madre o Apoderado

DNI:

Dirección:

Email:



Huella digital

FICHA 2.4: FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DESIGNACIÓN DE APODERADO (S) (Llenar con letra clara y legible)

Yo, _____
identificado(a) con D.N.I. N° _____, con domicilio real en _____ del distrito de _____, provincia de _____, Departamento de _____, en mi calidad de _____ madre/padre del estudiante _____, identificado con D.N.I. _____, de años de edad, quien es estudiante del Colegio de Alto rendimiento (COAR) de la región _____; autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s):

Apoderado 1	Nombres y Apellidos: _____
	DNI: _____ Celular: _____ Teléfono fijo: _____
	Dirección: _____ _____

Grado de parentesco con el padre de familia:	
Grado de parentesco con la madre de familia:	
Grado de parentesco con el estudiante:	Distrito: _____ Provincia: _____ Región: _____ Referencia para llegar al domicilio: _____
Correo electrónico :	
Apoderado 2	Nombres y Apellidos: _____
	DNI: _____ Celular: _____ Teléfono fijo: _____
	Dirección: _____ _____

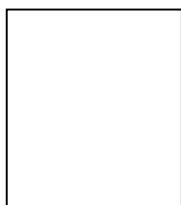
Grado de parentesco con el padre de familia:	
Grado de parentesco con la madre de familia:	Distrito: _____ Provincia: _____ Región: _____
Grado de parentesco con el estudiante:	Referencia para llegar al domicilio: _____
Correo electrónico :	

Quienes, en mi representación pueden realizar las siguientes acciones:

1. Recoger y acompañar en el ingreso a mi menor hijo (a) durante los fines de semana y/o feriados, en los horarios establecidos por el Colegio de Alto Rendimiento de la región_____.
2. Acompañar, a mi menor hijo (a) en casos de emergencias médicas, tratamientos y/o rehabilitaciones, toma de exámenes clínicos, así como cualquier otra indicación y/o recomendaciones dadas por el médico u otro profesional de la salud tratante.
3. Recoger la boleta de notas.
4. Proporcionar al COAR los bienes de aseo personal que requiere mi hijo (a).
5. Asistir a las reuniones, talleres, encuentros familiares u otras actividades programadas por el Colegio de Alto Rendimiento.
6. Realizar otros trámites relacionados con la educación de mi hijo (a).

Estando conforme con lo antes señalado, procedo a firmar el presente documento.

Atentamente



Huella digital

Firma de la madre o padre que declara
DNI:

_____, _____, _____ de 2020
(Ciudad) (Día) (Mes)

Nota: Este documento debe estar legalizado ante un notario o Juez de Paz; así mismo se debe adjuntar una copia de los DNI de las personas designadas y del padre y/o madre del menor.

**PERÚ**Ministerio
de Educación**FICHA 2.5: FORMATO DECLARACIÓN JURADA SOCIOECONÓMICA**

El presente documento permitirá identificar aspectos referidos a la situación del hogar del estudiante.

Es preciso que responda a todas las preguntas presentadas en cada aspecto, de manera clara y veraz no debe obviar ninguna.

Llenar con letra clara, legible y evite borrones.

A. DATOS DEL ESTUDIANTE: Completar los datos solicitados				
Apellidos y Nombres				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres
Datos adicionales				
Sexo:	Edad:	DNI:	¿Pertenece a alguna etnia? Sí (...) No (...)	Especifique a la etnia a la que pertenece:
Correo Electrónico del Estudiante:		Teléfono del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:
Lengua de origen:				
Nombres y Apellidos de la Madre:		Nombres y Apellidos del Padre:		Nombres y Apellidos del Apoderado:
N° de DNI de la Madre:		N° de DNI del Padre:		N° de DNI del Apoderado:
Domicilio		Datos del nacimiento		Otros datos
Región		Fecha		N° de Teléfono fijo:
Provincia		Región		Teléfono celular padre: Operador:
Distrito		Provincia		Teléfono celular madre: Operador:
Dirección:		Distrito		Teléfono apoderado: Operador:
Se encuentra registrada/o en el SISFOH		Si la respuesta es SI, especificar tipo de clasificación		
Sí ()		Pobre ()		No pobre ()
No ()		Pobre extremo ()		Sin focalización ()

**PERÚ**Ministerio
de Educación

B. MIEMBROS QUE CONFORMAN EL HOGAR (Sólo personas con las que vive el estudiante): Padres, hermanos, abuelos, tíos, primos que viven con los estudiantes en el hogar. *Escribir los datos solicitados de manera clara.*

N	Apellidos y nombres	Edad	Parentesco	Estado civil	Grado de instrucción / año o ciclo de estudios alcanzado	Ocupación actual	Condición laboral	Aporta al Hogar Sí/No	Fecha de nacimiento	¿Algún integrante del hogar del estudiante es beneficiario de un programa social? ¿Cuál?
1										
2										
3										
4										
5										
6										

C. INGRESOS EN EL HOGAR: *marque su respuesta conforme a la suma de todos los ingresos familiares (sume todos los ingresos de los miembros que viven en su casa y aportan económicamente).*

Consigne el ingreso familiar correspondiente a su hogar

Más de S/6000		S/749 a S/145	
S/2000 a S/6000		Menos de S/144	
S/750 a S/1999		OTROS	

Especificar:

Observación:

D. EGRESOS EN EL HOGAR: *marque su respuesta conforme a la suma de todos los egresos familiares, luego marque los rubros en que se efectúan dichos gastos y detalle.*

Consignar el gasto total de su hogar en un mes

Más de S/6000		S/.2000 a S/6000		S/750 a S/1999	
S/749 a S/145		Menos de S/144		OTROS	

Especificar

Especificar los rubros determinados de los egresos:

Alimentación		Servicios básicos (agua, luz)		Salud		Teléfono fijo o celular	
Alquiler de vivienda		Vestido y calzado		Cable		Artículos de limpieza	
Préstamos		Transporte, movilidad		Internet		Materiales de estudio	

Descuento Judicial

Observación:

E. SALUD:

¿Con qué tipo de seguro de salud cuenta el estudiante? Puede marcar más de una opción:

Es-Salud		Seguro Integral de Salud (SIS)		Seguro PNP		Seguro privado de salud	
Seguro del Ejército		Seguro Marina de Guerra del Perú		Seguro FAP		Seguro en trámite	
No cuenta con seguro de salud		Observación:					

¿Algún miembro que conforma su hogar presenta un problema de salud de gravedad?				Sí ()		No ()	
Si la respuesta es sí, ¿a qué miembro de su familia afecta la enfermedad?:							
Padre		Madre		Abuelo/a		Hermano/a	
Si es sí, indique qué problema de salud existe en su familia							
Cáncer		VIH		Bulimia o anorexia		Depresión	
Parálisis		Tuberculosis		Esquizofrenia		Otro. ¿Cuál?	

F. DISCAPACIDAD³:							
¿El estudiante presenta algún tipo de discapacidad? En caso de ser sí, marque una de las alternativas				Sí ()		No ()	
Visual parcial o total (problema para ver con lentes / no puede ver).		Para usar brazos y manos/piernas y pies.		Para hablar parcial o total (dificultad para hablar/ no puede hablar).		Para oír parcial o total (problema para oír (aún con audífono / no puede oír).	
Mental o intelectual (dificultad permanente para entender o relacionarse con los demás).		Otros.					
En caso de existir discapacidad, ¿cuentan con algún certificado u otro documento que acredite la discapacidad?				Sí ()		No ()	
De no contar con el certificado de discapacidad, señale el motivo				Porque desconozco los procedimientos.		Es la primera vez que escucho del tema.	
				Creo que no es necesario.		Otros.	
Además del estudiante, ¿otro miembro de la familia presenta discapacidad?				Sí ()		No ()	
¿Qué parentesco tiene con el estudiante?							

G. SITUACIÓN DE VIVIENDA:							
La vivienda que ocupa es:				¿Qué tipo de vivienda tiene?			
Alquilada		Cedida por el centro de trabajo		Casa independiente		Vivienda en casa de vecindad (Callejón, solar o corralón)	
Propia, pagándola a plazos		Cedida por otro hogar o institución		Departamento en edificio		Choza o cabaña	

³ Persona con discapacidad: la persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad) Ley 27050: Ley de la persona con discapacidad).

Propia totalmente pagada		Otros		Vivienda en quinta		Local no destinado para habitación humana	
Propia por invasión				Vivienda improvisada		Otros	
¿Dónde está ubicada la vivienda?				¿Cuántos ambientes tienen en su hogar? (Colocar el número de ambientes)			
Zona urbana		Zona rural		Habitaciones para dormir		Comedor	
Si es zona urbana marque		Si es zona rural marque		Patio		Sala	
Centro de la ciudad		Centro poblado		Cocina		Lavandería	
Asentamiento humano		Anexo		Cochera		Terraza	
Conjunto habitacional		Caserío		Baño			
Urbanización		Otros					
¿Cuál es el material predominante en la construcción de su vivienda?							
Ladrillo o bloque de cemento		Piedra con barro		Piedra o sillar con cal o cemento		Madera	
Adobe o tapia		Estera		Quincha (caña con barro)		Otro	

K. DINÁMICA FAMILIAR:							
¿Presenta algún problema familiar que desee poner en conocimiento a las autoridades del Colegio de Alto Rendimiento?				Sí ()		No ()	
Abandono de parte de alguno de los progenitores		Violencia familiar		Litigio por tenencia de hijos		Juicio por alimentos	
Adicciones: (Alcoholismo, Drogadicción u otros).		Falta de comunicación de uno de los progenitores con el estudiante		Otro (especificar)			
¿Los padres son separados?				Sí ()		No ()	
En el caso de padres separados ¿el estudiante mantiene comunicación con ambos padres?				Sí ()		No ()	
¿Si NO mantiene comunicación con uno de los padres, mencione con quién?				Madre		Padre	

CROQUIS DEL DOMICILIO**Dirección :**

Indicar las calles, avenidas y lugares de referencia para llegar a su domicilio (puede dibujar un croquis referencial o utilizar otra forma que facilite su ubicación).

Señalar datos de referencia y las líneas de transporte de acceso a su domicilio:

Yo, _____,
identificado con DNI _____, domiciliado en _____,
en mi calidad de _____,
padre/madre de familia del estudiante _____,
identificado con DNI _____, con _____ años de edad; quien cursará estudios en el
Colegio de Alto Rendimiento de _____, declaro que toda la
información consignada en el presente documento y sus anexos se ajustan a la verdad.
Asimismo, adjunto la documentación que sustenta lo declarado.

Fecha: _____ / _____ / 2020

Firma del padre o madre que declara

Huella digital



PERÚ

Ministerio
de Educación

Despacho
Viceministerial de
Gestión Pedagógica

Dirección General de
Servicios Educativos
Especializados

Dirección de Educación
Básica para Estudiantes
con Desempeño Sobresaliente
y Alto Rendimiento

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la universalización de la salud"

FICHA 2.6: AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN ENCUESTAS, EVALUACIONES E INVESTIGACIONES

Yo, _____, identificado con DNI _____ autorizo la participación de mi menor hijo(a) _____, con DNI _____ en las encuestas, evaluaciones e investigaciones que sean realizados y/o autorizados por la Dirección de Educación Básica para Estudiantes de Desempeño Sobresaliente y Alto Rendimiento durante su permanencia en el COAR, las mismas que tendrán como objetivo recabar información que permita mejorar la atención brindada a los estudiantes de habilidades sobresalientes.

A la firma del presente documento, doy señal de conformidad y aceptación.

_____, _____ de _____ de 2020

Ciudad

Día

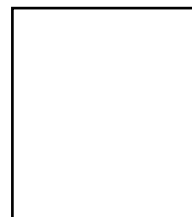
Mes

Nombres y Apellidos del Padre, Madre o Apoderado

DNI:

Dirección:

Email:



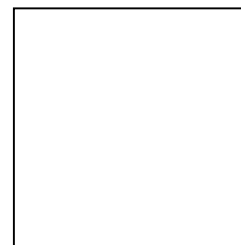
Huella dactilar

FICHA 3.1: DECLARACIÓN DE CONOCER EL LISTADO DE ARTÍCULOS PERMITIDOS AL INTERIOR DEL COAR

Yo, _____, con DNI _____ en calidad de padre/madre/apoderado, declaro conocer y cumplir con el envío de las **Artículos de vestir complementarios para el horario escolar y Artículos de vestir para uso en residencia**, acorde a las indicaciones dadas por el COAR, sin exceder el número máximo permitido. Así mismo, me comprometo a gestionar el traslado de excedente de materiales permitidos, si fuera el caso.

Nombre del padre/madre/apoderado

Firma

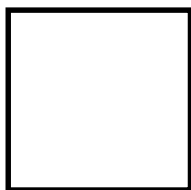


Huella digital

FICHA 3.2: COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE ALIMENTOS PERMITIDOS

Yo, _____
_____, identificado con DNI _____, domiciliado en
_____, en mi calidad de
padre/madre de familia del estudiante _____,
identificado con DNI _____, con _____ años de edad;
quien cursará estudios en el Colegio de Alto Rendimiento de
_____, declaro conocer el listado de alimentos
permitidos al COAR durante el año 2020, y en tal sentido me comprometo a lo siguiente:

- Respetar el listado de alimentos permitidos de acceso al COAR y el tamaño de las dimensiones del paquete de alimentos.
- No incluir alimentos que estén fuera del listado, ni promover el acceso de los mismos de manera clandestina.
- Acatar, en caso incumpla los puntos anteriores, la sanción de Dirección General del COAR _____ de no traer nuevamente un paquete de alimentos hasta que se me permita nuevamente hacerlo. Así mismo, respetar las consecuencias que el incumplimiento de esto tenga en la evaluación de actitudes de mi menor hija/o.



Huella digital

Firma del madre/padre/apoderado
DNI:

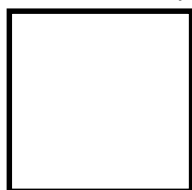
_____, _____, _____ de 2020
(Ciudad) (Día) (Mes)

FICHA 3.3: FICHA DE CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS DE USO DEL CELULAR

Yo, _____

identificado(a) con D.N.I. N° _____, con domicilio real en _____ del distrito de _____, provincia de _____, Departamento de _____, en _____ mi _____ calidad _____ de _____ madre/padre del _____ estudiante _____, identificado con D.N.I. _____, de _____ años de edad, quien es estudiante del Colegio de Alto rendimiento (COAR) de la región _____; declaro tener conocimiento de lo siguiente:

- ✓ El COAR no recomienda el uso de Smartphones de alta gama y última generación; y por ende no se responsabiliza en absoluto por su pérdida o posterior desperfecto; así como de los celulares de tipo analógico.
- ✓ Los celulares sólo podrán ser usados fuera de horario de clase. Es decir durante los recesos y almuerzos. Durante las clases serán guardados en los lockers de los estudiantes o los espacios que el Director General disponga para tal fin.
- ✓ En la residencia los celulares podrán ser usados hasta las 10 pm, hora en la que serán apagados y entregados al monitor de residencia para su custodia. Sé que toda comunicación a través del celular culmina a las 10 P.M y que en caso desee comunicarme con menor hija/o por alguna alerta o emergencia, lo podré hacer llamando al teléfono que el Director General disponga para tal fin.
- ✓ El personal de soporte del COAR podrá hacer revisiones aleatorias de los Smartphone de los estudiantes con la finalidad de monitorear que no se hayan descargado aplicaciones que estén reñidas con los valores de la RED COAR.
- ✓ El incumplimiento de lo antes señalado llevará a que el COAR me entregue el celular o Smartphone de mi menor hija/o por una semana. En caso no pueda acercarme al COAR, este quedará bajo custodia del sub director ByDE. En su reemplazo, deberé dotar de un celular analógico a mi menor hija/o para efectos de comunicación o realizarlo a través del número que el Director General disponga para tal fin.
- ✓ Los Smartphones podrán ser usados con fines pedagógicos durante sesiones de clase si el docente lo requiere, previo aviso.
- ✓ Existe la prohibición de publicación y difusión de fotos, videos y cualquier material que vulnere la seguridad física e integral de los estudiantes, tanto en horarios de clase, como de residencia. Sé que en caso se compruebe el uso de las redes sociales con fines de acoso, maltrato o cyberbullying la prohibición de uso del Smartphone será definitivo, activándose los protocolos de violencia escolar y sanciones correspondientes para estos casos; las mismas que tendrán impacto en la evaluación de actitudes de los estudiantes.



Firma del madre/padre/apoderado
DNI: _____

Huella digital

_____, _____, _____ de 2020
(Ciudad) (Día) (Mes)