

■ Solicitud de admisión

Coordinación de servicios escolares



Instrucciones para llenar la solicitud

1. Lee cuidadosamente lo que se solicita, asegúrate que la información proporcionada sea veraz.
2. Este formato es un PDF autorrellenable. Si lo prefieres lo puedes imprimir y llenar con letra de molde.
3. Marca los cuadros que correspondan a la respuesta y llena los espacios en blanco.
4. Si el espacio dispuesto para las respuestas no es suficiente, utiliza hojas extras y anéxalas.
5. La información aquí contenida será utilizada por la coordinación de servicios escolares, con carácter estrictamente confidencial.

Licenciatura de interés:

- ☐ Arquitectura de Interiores
- ☐ Arquitectura Sustentable
- ☐ Artes Plásticas
- ☐ Diseño de Moda Creativa
- ☐ Diseño Gráfico y Nuevos Medios
- ☐ Diseño Industrial de Producto

Maestría de interés:

- ☐ Interiorismo
- ☐ Producción y Teoría de las Artes Visuales

I. Datos generales del solicitante (nombre completo, como aparece en tu acta de nacimiento).

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Lugar de nacimiento, ciudad o municipio y estado	CURP	
Teléfono fijo, diez dígitos	Teléfono celular, diez dígitos	Correo electrónico	
Nombre de la institución de procedencia	Área en la que cursaste la preparatoria o bachillerato		
Ciudad o municipio	Estado	País	Promedio general o a la fecha

Reconocimientos académicos o extra-curriculares obtenidos en caso de tenerlos

Anota tres deportes o pasatiempos que practicas regularmente

1	2	3
Dependes económicamente de: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____	Además de ti ¿quién depende económicamente de él o ella?: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____	¿Has tenido alguna beca para realizar estudios? <input type="checkbox"/> Primaria % _____ <input type="checkbox"/> Secundaria % _____ <input type="checkbox"/> Preparatoria % _____

Hermanos y/o hermanas

Nombre	Edad	Ocupación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Domicilio permanente:

Calle	Número exterior	Número interior	Código postal
Colonia	Ciudad o municipio	Estado	País

Domicilio en la ciudad de Puebla, mismo al permanente ☐ distinto al permanente ☐

Calle	Número exterior	Número interior	Código postal
Colonia	Ciudad o municipio	Estado	País

II. Información familiar

Datos del padre ☐, madre ☐ o tutor ☐

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Nivel de escolaridad	Título: Sr(a), Ing., Lic., Dr(a), otro, especificar
Teléfono fijo, diez dígitos	Teléfono celular, diez dígitos	Correo electrónico
Institución o empresa en la que trabaja	Puesto u ocupación	Giro de la empresa en la que trabaja

Domicilio permanente del padre, madre o tutor, mismo al permanente ☐ distinto al permanente ☐

Calle	Número exterior	Número interior	Código postal
Colonia	Ciudad o municipio	Estado	País

Datos del padre ☐, madre ☐ o tutor ☐

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Nivel de escolaridad	Título: Sr(a), Ing., Lic., Dr(a), otro, especificar
Teléfono fijo, diez dígitos	Teléfono celular, diez dígitos	Correo electrónico
Institución o empresa en la que trabaja	Puesto u ocupación	Giro de la empresa en la que trabaja

Domicilio permanente del padre, madre o tutor, mismo al permanente ☐ distinto al permanente ☐

Calle	Número exterior	Número interior	Código postal
Colonia	Ciudad o municipio	Estado	País

III. Historia médica, si alguna o varias respuestas de las preguntas 6 a 13 es afirmativa, favor de especificar en cada una:

Nombre del médico familiar en Puebla	Alergias
--------------------------------------	----------

Sí	No	Pregunta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Has presentado crisis epilépticas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Has presentado crisis asmáticas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Usas lentes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Fumas habitualmente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Ingieres bebidas alcohólicas habitualmente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Has estado hospitalizado durante el último año?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Has tenido cirugías, enfermedades o lesiones médicas serias?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Alguna vez se has desmayado o perdido el conocimiento?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Tienes alergia a algún medicamento o alimento?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Estás bajo tratamiento médico?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Tienes alguna limitación para su participación en clases o talleres?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Tienes alguna limitación médica?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Sufres de depresión, irritabilidad o alguna enfermedad mental?

Información física y grupo sanguíneo

Peso en kg.	Estatura en m.	Tipo de sangre
-------------	----------------	----------------

El compromiso social forma parte de la misión de Unarte, ¿Has participado en alguna actividad o programa de acción social? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor, dinos en dónde y qué tipo de actividades realizaste:

Asociaciones o agrupaciones a las que perteneces o has pertenecido:

Explica por qué elegiste estudiar esta carrera universitaria:

Describe tus principales virtudes y cualidades:

Describe las actividades para las que te sientes más capaz y explica por qué:

¿Por qué pensaste en Unarte para estudiar la licenciatura?

¿Cómo puede Unarte contribuir al logro de tus objetivos?

¿Cómo te describirías como estudiante?

Cuenta la última situación en la que tú hayas pedido ayuda:

Describe una ocasión en la que te hayas sentido muy independiente:

Hago constar que todos los datos aquí contenidos, son verdaderos.

.....
Nombre y firma del solicitante

.....
Fecha (día/mes/año)