



FUNDACIÓN MIER Y PESADO, I.A.P.

INSTITUTO MIER Y PESADO

Calzada de Guadalupe No. 540 Col. Industrial, México D.F. Teléfonos 5537 5560 - 5537 6587 - 5517 8639
<http://www.fundacionmierypesado.org.mx/institucionesEdu.html>

SOLICITUD DE ADMISIÓN Ciclo Escolar 2025 – 2026

MISIÓN DE LA FUNDACIÓN

Somos una institución asistencial con 100 años de historia, sensible a las necesidades de la sociedad mexicana, comprometidos con nuestros niños, jóvenes, adultos mayores, colaboradores y familiares. Integramos una comunidad que permite a nuestros huéspedes vivir en plenitud y a nuestros estudiantes contar con una educación de excelencia y desarrollo humano integral, fundamentada en valores, conocimientos y desarrollo de habilidades acordes a las exigencias del mundo actual.

VISIÓN DE LA FUNDACIÓN

Ser siempre una Institución Asistencial sólida y reconocida como un modelo a seguir en la búsqueda permanente de la excelencia en la atención y mejora de la calidad de vida de adultos mayores; así como en la educación y formación de estudiantes con un alto sentido de reciprocidad con la Fundación y la sociedad. Queremos el continuo crecimiento en la asistencia a beneficiarios menos favorecidos, mediante la obtención de donativos recurrentes y contando con personal apasionado y orgulloso de su contribución.

(IMPRIMIR EN HOJA TAMAÑO CARTA Y LLENAR CON TINTA NEGRA Y LETRA DE MOLDE)

Sección:
Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria

Grado que solicita:

Estimados Padres de Familia:

Requerimos que la información sea verídica, ya que al comprobar lo contrario, nos veremos en la obligación de invalidar su Solicitud de Admisión.

El Instituto y el Patronato de la Fundación se reservan el Derecho de Admisión.

FOTO DEL
ASPIRANTE
RECIENTE
A COLOR

I. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE:

NOMBRE COMPLETO

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

DOMICILIO:

Calle y número

Colonia

C.P.

Alcaldía o Municipio

Teléfono(s)

LUGAR DE NACIMIENTO:

Estado	Delegación o Municipio	Ciudad
--------	------------------------	--------

FECHA DE NACIMIENTO: _____
Día Mes Año

EDAD: _____
Años Meses

C.U.R.P.: _____

VIVE CON AMBOS PADRES? _____
SI / NO

Si no vive con ambos padres, ¿con quién vive?
Madre Padre Abuelos Otros

¿Cuál es la causa? _____

¿El aspirante ha estado inscrito en el Instituto Mier y Pesado con anterioridad? _____
SI / NO

¿Tiene familiares que estudien en el Instituto Mier y Pesado? _____
SI / NO

NOMBRE	PARENTESCO	GRADO	SECCIÓN

¿Tiene familiares que trabajen en Fundación Mier y Pesado? _____
SI / NO

Indique en qué centro:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instituto	Escuela	Residencia	Oficinas

NOMBRE	PARENTESCO

TELÉFONOS ADICIONALES DE LAS PERSONAS EN DÓNDE SE PUEDA SOLICITAR O DEJAR INFORMACIÓN.

NOMBRE	TELÉFONO	HORARIO

II. ESCOLARIDAD

Escuela de procedencia: _____ Teléfono: _____.

Dirección: _____.

ESCUELAS EN DÓNDE REALIZÓ LOS ESTUDIOS ANTERIORES:

Preescolar: _____.

Primaria: _____.

Secundaria: _____.

¿Ha repetido grados? _____ ¿Cuáles? _____
SI / NO

Causas: _____.

¿Recibió en la Escuela clases de inglés? _____ ¿En qué grados? _____
SI / NO

¿Ha tomado cursos extraescolares de inglés? _____ ¿Cuántas horas? _____
SI / NO

¿En qué Institución? _____.

Otros estudios realizados: _____.

Realiza actividades extraescolares _____ ¿Cuáles? _____
SI / NO

III. DATOS FÍSICOS Y DE SALUD:

¿Hubo algún problema durante el embarazo? _____ Especifique ¿Cuál? _____
SI / NO

¿Hubo alguna complicación durante el parto? _____ Especifique ¿Cuál? _____
SI / NO

Tipo de anestesia _____ Llanto espontáneo _____ Cesárea _____ Uso de fórceps _____
SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO

Sufrimiento fetal _____ Faltó oxígeno _____ Ictericia (piel color amarillo) _____
SI / NO SI / NO SI / NO

Cianosis (piel color morado o negro) _____
SI / NO

APGAR: _____.

Mencione las enfermedades que ha padecido su hijo: _____.

Tiene reacciones alérgicas a: Medicamentos _____ Alimentos _____

Especifique:

Tipo de Sangre y RH: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Indique, señalando con una X si el aspirante actualmente padece alguno de los siguientes problemas de salud:

Anemia _____	Migraña _____	Prob. Ortopédicos _____	Prob. Gastrointestinales _____
Auditivos _____	Hepatitis _____	Prob. Cardíacos _____	Tatuajes _____
Asma _____	Hipertensión _____	Prob. Respiratorios _____	Perforaciones _____
Diabetes _____	Hipotensión _____	Prob. Convulsivos _____	Usa lentes _____

Otro: _____.

Especifique: _____.

VACUNAS Cartilla Completa _____ Cartilla Incompleta _____.

Vacunas pendientes _____.

Cuidados especiales requeridos: _____

El aspirante cuenta con algún servicio de seguridad social: _____

SI / NO

Cuál: _____.

En caso de emergencia favor de indicar que hospital autoriza su hijo sea trasladado:

NOTA: Si se omite alguna información importante, el Instituto Mier y Pesado no se hace responsable de las posibles consecuencias.

IV. ASPECTO RELIGIOSO

¿Profesan alguna religión? _____ ¿Cuál? _____.

SI / NO

Si son católicos, ¿Su hijo fue bautizado? _____ ¿Recibió la Primera Comunión? _____ ¿Está confirmado? _____

SI / NO

SI / NO

SI / NO

¿Se está preparando para recibir algún Sacramento? _____ ¿Cuál? _____

SI / NO

¿A qué Parroquia pertenecen? _____.

¿Consideran importante la formación religiosa y moral de su(s) hijo(s)? _____.

SI / NO

V. DATOS FAMILIARES

Marcar con una X la situación de los padres:

Matrimonio Civil

Matrimonio eclesiástico

Unión libre

En proceso de divorcio

Segundas nupcias

Divorcio

Madre soltera

Padre soltero

Viven separados

Viudez

¿Cómo vive esta situación?: _____.



DATOS DEL PADRE O TUTOR DOCUMENTOS QUE LO AMPAREN SI NO

NOMBRE COMPLETO:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Calle y número Colonia C.P.

Alcaldía o Municipio Teléfono(s) Correo electrónico

EDAD: GRADO DE ESCOLARIDAD:

PROFESIÓN: ESPECIFICAR OCUPACIÓN:

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número Colonia

C.P. Alcaldía o Municipio Teléfono(s) Correo electrónico

HORARIO DE TRABAJO: ANTIGÜEDAD:



DATOS DE LA MADRE O TUTOR DOCUMENTOS QUE LO AMPAREN SI NO

NOMBRE COMPLETO:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Calle y número Colonia C.P.

Alcaldía o Municipio Teléfono(s) Correo electrónico

EDAD: GRADO DE ESCOLARIDAD:

PROFESIÓN: ESPECIFICAR OCUPACIÓN:

NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

Calle y número Colonia

C.P. Alcaldía o Municipio Teléfono(s) Correo electrónico

HORARIO DE TRABAJO: ANTIGÜEDAD:

OBSERVACIONES:

Lea y si está de acuerdo, firme el aviso de privacidad que se anexa en la parte final de la presente solicitud.

Al ser aceptado e inscrito su hijo en el Instituto Mier y Pesado su familia y el alumno adquieren el *compromiso* serio de cumplir todos los aspectos que aparecen en la FILOSOFIA y REGLAMENTO INSTITUCIONAL.

ACEPTO SI NO

Declaramos bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en la presente solicitud, son verídicos, completos y que los documentos que presentamos son auténticos; de igual manera, autorizamos a la Fundación Mier y Pesado, I.A.P., y/o Instituto Mier y Pesado investigue y corrobore la información.

Acepto que la presente solicitud no tendrá efecto de no presentar los documentos requeridos.

**LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE ADMISIÓN,
EN CUALQUIERA DE SUS ETAPAS, SON INAPELABLES Y DE USO
EXCLUSIVO DEL INSTITUTO MIER Y PESADO**

EXPRESEN ESTE COMPROMISO CON SU NOMBRE Y FIRMA

Nombre y Firma del Padre o Tutor

Nombre y Firma de la Madre o Tutor

Nombre del aspirante

Fecha: _____

**PARA PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN
PROPORCIONADA, UNA VEZ CONCLUIDO EL PROCESO DE ADMISIÓN AL
INSTITUTO, SERÁN DESTRUIDAS LAS SOLICITUDES DE LOS ASPIRANTES QUE
NO CONTINÚEN.**



Fundación Mier y Pesado, I.A.P.

Instituto Mier y Pesado

AVISO DE PRIVACIDAD INSCRIPCIÓN

I. Responsable de la recopilación y manejo de los Datos Personales.

Fundación Mier y Pesado I.A.P., (“Instituto Mier y Pesado”) con domicilio en Calzada de Guadalupe número 540, Colonia Industrial. Alcaldía Gustavo A. Madero México, D.F. C.P. 07800, es responsable de la recopilación y el manejo de datos personales recabados a través de los formatos Institucionales incluidos en el sobre de Inscripción, en términos de lo que establecen los artículos 3° fracción XIV, 14, 15, y 16 de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares** (LFPDPPP).

II. Finalidades del Tratamiento de sus Datos Personales.

Los datos recabados por la **Fundación Mier y Pesado** en los formatos y fichas contenidas en el **Sobre de Inscripción**, serán utilizados para que, en caso de que el aspirante sea aceptado, se puedan realizar los trámites de inscripción tanto internos, como ante las autoridades educativas locales y federales.

Esta información incluye datos personales que son considerados por la **LFPDPPP** como **patrimoniales**, relativos a los ingresos que perciben los padres de la alumna, egresos, sueldo, bienes muebles, vivienda. Asimismo, le informamos que, con el fin de contar con información que nos permita comunicarnos con un contacto del aspirante en caso de que ocurra una situación de emergencia, así como para brindar una primera atención o brindarle la ayuda necesaria si ésta sufre de algún padecimiento o alguna condición especial, el Instituto requiere que se le proporcionen una serie de datos personales (**ficha médica**) clasificados como **sensibles** tales como: grupo sanguíneo, alergias, estado de salud, enfermedades, antecedentes heredofamiliares y demás información recabada en el examen médico solicitado por la Institución.

La **Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (**Instituto Mier y Pesado**) se compromete a que ésta información será tratada bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad. Si usted desea ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, o revocar su consentimiento deberá enviar su solicitud a la dirección de correo electrónico: arco@fundacionmierypesado.org.mx

De conformidad con lo que establecen los artículos 8° y 9° de la LFPDPPP, requerimos de su consentimiento expreso para recabar y manejar dicha información, por lo que, como representante legal de la menor, en términos del artículo 425 del Código Civil Federal, le solicitamos nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido que, de no hacerlo, no estaremos en posibilidad de considerarla dentro del proceso de admisión de la Institución Educativa.

Consiento y autorizo que mis datos personales sensibles, y patrimoniales, así como los de mi hijo sean tratados conforme a lo previsto en el presente consentimiento y conforme al aviso de privacidad **de la Fundación Mier y Pesado I.A.P.**, (**Instituto Mier y Pesado**).

Nombre del aspirante: _____

Nombre / Firma del Solicitante (Padres o tutores): _____

Fecha: _____
DÍA / MES / AÑO