



SOLICITUD DE ADMISIÓN EN CLASE DE ACOGIDA DEL CICLO DE ORIENTACIÓN

AÑO ESCOLAR 2025-2026

NO RELLENAR. DESTINADO AL USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA :

nBDS : CO Secteur :

Affectation : **CO :** ADS : Classe :

Cours LM : CO : Jour : Enseignant :

P: Enfant : Parent 1 : Parent 2 :

Assurance maladie : démarche CS à effectuer ☐ Fratrie ☐ - combien :

MNA ☐ RMNA ☐ Procédure SASLP/OEJ à effectuer : ☐

Interprète CR :

Observations :

.....

.....

A COMPLETAR POR LOS REPRESENTANTES LEGALES DEL ALUMNO :

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos :	Nombre : Sexo : H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (día-mes-año) :	Nacionalidad :
Dirección de domicilio (calle, nº) :	
Código postal :	Ciudad :
Nombre y apellido en el buzón :	
Número de teléfono fijo :	Seguro médico :
Dirección postal si es distinta (calle, nº) :	
Código postal :	Ciudad :
Nombre y apellido en el buzón :	
Fecha de llegada en Ginebra :	País de procedencia y cantón si Suiza :
Lengua materna : (primera lengua hablada) :	Otra(s) lengua(s) hablada(s) :
Lengua de enseñanza :	

HISTÓRICO ESCOLAR

Nombre de la última escuela frecuentada :	
Último año cursado (grado/clase/nivel) :	Hasta (mes/año) :
Ciudad donde se encuentra la escuela :	País donde se encuentra la escuela :

Idiomas estudiados :

Inglés	durante	año(s)	del grado	al grado
Alemán	durante	año(s)	del grado	al grado
.....	durante	año(s)	del grado	al grado
.....	durante	año(s)	del grado	al grado

Carrera escolar de los 4 últimos años	Grado/clase/nivel	Lengua de enseñanza	Nombre de la escuela	Ciudad donde se encuentra la escuela	País donde se encuentra la escuela


- ¿Presenta el niño/la niña trastorno de tipo DYS? ☐ no ☐ en caso afirmativo cual :
- ¿Se beneficia el niño/la niña de medidas de apoyo educativo? ☐ no ☐ en caso afirmativo cuales :.....
- ¿Hizo el niño/la niña un salto de clase? ☐ no ☐ en caso afirmativo que grado :
- ¿Repetió el niño/la niña un año ? ☐ no ☐ en caso afirmativo que grado :

HERMANOS/HERMANAS entre 4 y 20 años de edad

Hermanos y hermanas del alumno/de la alumna, enumerarlos del más viejo al más joven :

Apellido y Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela actual	Vive con el/la alumno/a
			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
			<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

PADRES	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
Apellido		
Nombre		
Responsabilidad legal	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Profesión		
Categoría en el empleo	<input type="checkbox"/> asalariado/a <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial	<input type="checkbox"/> asalariado/a <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
Lugar de trabajo		
Teléfono profesional		
Teléfono celular / móvil		
Lengua(s) hablada(s)		
Correo electrónico ✉		
Vive con el/la alumno/a	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
En caso negativo , dirección postal (calle y n°)		
Código postal y ciudad		
Cantón / País		
Teléfono fijo privado		
Estado civil	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> pareja/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> fallecido/a	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> pareja/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> fallecido/a

	RESPONSABLE LEGAL si no madre o padre	PRÓXIMO/A O INSTITUTO EN LO CUAL VIVE EL ALUMNO/A ((ni madre, ni padre, ni responsable legal)
Apellido	<input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra	<input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra
Nombre		
Parentesco		
Profesión		
Categoría en el empleo	<input type="checkbox"/> asalariado/a <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial	<input type="checkbox"/> asalariado/a <input type="checkbox"/> por cuenta propia <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial
Lugar de trabajo		
Teléfono profesional		
Teléfono celular / móvil		
Lengua(s) hablada(s)		
Correo electrónico 		
Vive con el/la alumno/a	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
En caso negativo , dirección postal (calle y n°)		
Código postal y ciudad		
Cantón / País		
Teléfono fijo privado		
Estado civil	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> pareja/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> fallecido/a	<input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> pareja/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> fallecido/a

Condición física / Estado de salud del alumno/a :
NB Las indicaciones relativas a la salud pueden ser comunicadas a la enfermera del servicio de la salud de la infancia y de la juventud que se puede contactar al número siguiente: ☎ 022 546 41 00 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Otras informaciones que desea comunicar concerniendo el alumno/a :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informaciones que desea comunicar a los profesores :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lugar y fecha :

Firma* : ☐ padre ☐ madre ☐ otra persona

.....

Firma* : ☐ padre ☐ madre ☐ otra persona

.....

*Firma obligatoria si representante legal

Documentos obligatorios que deben adjuntarse

- ☐ Documento de identidad del niño (copia del carné de identidad, pasaporte, tarjeta de legitimación expedida para el cantón de Ginebra o permiso de residencia expedido en Ginebra).
- ☐ Documento de identidad de ambos progenitores (copia del carné de identidad, pasaporte, tarjeta de legitimación expedida para el cantón de Ginebra o permiso de residencia expedido en Ginebra).
- ☐ Justificante del seguro de enfermedad, si existe.
- ☐ Informes escolares del curso actual y del anterior (copia).
- ☐ Autorización del otro progenitor si está ausente de Ginebra, o una orden judicial en caso de separación.

Pueden solicitarse documentos adicionales.

Devolver el formulario con los documentos justificados (sin grapar y en el anverso únicamente):

por correo electrónico a admissions.dgeo@etat.ge.ch

o

por correo postal a

Direction générale de l'enseignement obligatoire - DGEO
Service organisation et planification
Chemin de l'Echo 5A
1213 Onex

☎ +41 (0)22 327 04 00

www.ge.ch/inscrire-mon-enfant-au-cycle-orientation