



ACADÉMIE STE CÉCILE INTERNATIONAL SCHOOL

925 Cousineau Rd, Windsor, ON, Canada N9G 1V8

PHONE: 519-969-1291 | FAX: 519-969-7953

www.stececile.ca | E-MAIL: info@stececile.ca

https://twitter.com/OnlyatASCIS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Tener presente antes de diligenciar: No dejar espacios en blanco, por lo que debe escribir **N/A** si la pregunta no aplica a su caso. Por favor **NO** diligenciar en letra mayúscula sostenida. Solo usar la **MAY** en la letra inicial de cada palabra según corresponda. Toda la información acá consignada se utilizará para la aplicación de visa, por lo que debe ser precisa y clara. Es su total responsabilidad el compromiso que asuma para diligenciar este documento.

Así mismo, declaro que tengo pleno conocimiento y aceptación de que el pago de los derechos de inscripción tiene carácter de **NO REEMBOLSABLE** y para ello corroboro con mi nombre y firma como acudiente del / de la estudiante:

Nombre de Madre o Padre:

Insertar Firma Digital:

Fecha firma

Información	Solicitante (estudiante)
Nombres y apellidos completos	
Nacionalidad	
¿Posee otra nacionalidad distinta a la mencionada anteriormente? Si la respuesta es afirmativa ¿cuál es esa nacionalidad?	
¿Durante los 5 años previos ha residido en otro país por más de 6 meses? Si la respuesta es afirmativa, indicar: país, Status (ejemplo: Ciudadano, Residente permanente, Visitante, Estudiante, Refugiado, otro) y período de estadía (desde cuándo año-mes-día, hasta cuándo año-mes-día)	
Dirección completa de domicilio del estudiante (Nomenclatura, nombre del conjunto o edificio, nombre del barrio y ciudad)	
Teléfono de mamá: Teléfono de papá:	
Indicar direcciones de correo electrónico de ambos padres. Marcar con una X cuál de las dos direcciones se desea asociar a la solicitud de visa del estudiante: ____ Mamá: ____ Papá:	

Indicar a continuación los datos de los colegios en donde el solicitante (estudiante) ha estudiado durante los anteriores 10 años:

Grado del curso actual: Nombre de la institución: Ciudad: País:	Fecha de vinculación (Año-Mes)
Nombre de la institución: Ciudad: País:	Fecha de vinculación (Año-Mes) Fecha de retiro (Año-Mes)

Responda a las siguientes preguntas:	SI o NO
• En los dos últimos años algún miembro de su familia ha tenido o estado en contacto con alguna persona con tuberculosis:	
• Ha tenido visa canadiense. Indicar en el recuadro inferior qué tipo de visa le fue concedida y fecha de expedición (año-mes-día) y fecha de expiración (año-mes-día)	
• Ha viajado al Canadá. Indicar en el recuadro inferior fechas (año-mes-día) de entrada y salida (año-mes-día) y motivo	
• ¿Ha sido tratado por algún desorden mental o físico, o cualquier enfermedad contagiosa o crónica?	
• ¿Ha cometido algún delito o ha sido arrestado o acusado de haber cometido algún delito en algún país?	
• ¿Ha sido negada alguna visa, negada la entrada, forzado a salir del Canadá o de algún otro país? Si la respuesta es sí, indicar visado para que país, tipo de visa solicitada, fecha de negación y motivo de negación.	
• ¿Ha estado involucrado o ha cometido un delito de guerra o en contra de la humanidad, tales como homicidio premeditado, tortura, ataques a civiles, esclavitud, inanición o cualquier otro acto inhumano contra civiles o prisioneros de guerra o ha participado en la deportación de civiles?	
Si respondió afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, explique indicando circunstancias, fechas, etc.	

Información familiar del solicitante:

Por favor **NO** diligenciar en letra mayúscula sostenida. Solo la letra inicial de cada palabra según corresponda.

Información	Nombres Completos	Apellidos Completos	Fecha y lugar de Nacimiento AAAA-MM-DD	Estado civil (Especificar soltero, casado, unión libre, separado, divorciado legalmente, viudo)	Dirección de residencia, ciudad, país.
					Ocupación (estudiante, empleado, independiente, retirado, pensionado, etc.)
Padre *					Dirección:
					Ocupación:
Madre*					Dirección:
					Ocupación:
Hermano(a)* *					Dirección:
					Ocupación:
Hermano(a)* *					Dirección:
					Ocupación:
Hermano(a)* *					Dirección:
					Ocupación:
Hermano(a)* *					Dirección:
					Ocupación:
Hermano(a)* *					Dirección:
					Ocupación:
Hermano(a)* *					Dirección:
					Ocupación:

(*) Si está fallecido, además de los datos de los cuadros anteriores, en el lugar de dirección de residencia indicar ciudad y fecha del fallecimiento.

(**) Aplica también para hermanos(as) medios.