



Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

Pegar
foto aquí

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

La solicitud debe incluir un cheque para procesar la aplicación (cuota no reembolsable) y una copia del acta de nacimiento del joven.

GRADO: 2º Sec.(8) 3ºSec.(9) 1º Prep.(10) 2º Prep.(11) 3º Prep.(12) Postgrado N/D **AÑO:** _____
 Otoño (Fall) Campamento de liderazgo Campamento con curso aeroespacial
 Primavera (Mid-term) Campamento de inglés (ESL)

Apellido Paterno (Last Name): _____ Apellido Materno (Mother's maiden name): _____
Nombre(s): _____ Apodo (Name usually called): _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: **El estudiante vive con:** Padre Madre Otro(a) _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ C.P.: _____
Teléfono: () _____ Celular: () _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____
Altura: _____ Peso: _____ Talla de calzado: _____ Número de Seguro Social (SSN): _____

La respuesta a la siguiente pregunta racial/étnica es voluntaria, pero de acuerdo a la ley federal se requiere que la institución de a conocer esta información. Por lo tanto, su colaboración ayudará a entregar reportes más precisos. ¿Cómo se identifica? Favor de seleccionar una opción.

- Blanco, anglo, caucásica (no hispano)
- Amerindio o nativa de Alaska
- Asiático o de las Islas del Pacífico (incluyendo el subcontinente Indio)
- Religión: _____
- Hispano (incluyendo Puerto Rico y países latinoamericanos)
- Negro, Afroamericano (no hispano)
- Otro (Favor de especificar): _____

Nombre completo del padre: _____ ¿Vive? Sí No
Nombre completo de la madre: _____ ¿Vive? Sí No
Estado civil de los padres: Casados Divorciados Separados Viudo(a) Soltero(a)

RESPONSABLES DEL SOLICITANTE:

PADRE (Apellido paterno, materno, nombre(s)): _____ Beneficiario
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ C.P. _____
Tel. casa: () _____ Cel.: () _____ Correo electrónico: _____
Tel. trabajo: () _____ Fax: () _____ Correo electrónico: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____

Esposa (madrstra/otra) (Apellido paterno, materno, nombre(s)): _____
Tel. trabajo: () _____ Cel.: () _____ Correo electrónico: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____

MADRE (Apellido paterno, materno, nombre(s)): _____ Beneficiario
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ C.P. _____
Tel. casa: () _____ Cel.: () _____ Correo electrónico: _____
Tel. trabajo: () _____ Fax: () _____ Correo electrónico: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____

Esposo (padraastro/otro) (Apellido paterno, materno, nombre(s)): _____
Tel. trabajo: () _____ Cel.: () _____ Correo electrónico: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____

Si los padres biológicos están divorciados/separados favor de llenar la parte 1 a 3 (no olvide proporcionar una copia del decreto de custodia):

1. **Nombre del padre con la patria potestad:** _____ Beneficiario _____ Custodia compartida
2. **Nombre del padre con la patria potestad:** _____ Beneficiario
3. **Nombre del padre sin custodia:** _____ Beneficiario

Favor de señalar (en la parte anterior) a quien se le deberá enviar el cobro seleccionando "beneficiario". De lo contrario favor de indicarlo:

Nombre: _____ ¿Relación con el solicitante? _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ C.P. _____
Tel. casa: () _____ Cel.: () _____ Correo electrónico: _____
Tel. trabajo: () _____ Fax: () _____ Correo electrónico: _____

¿Dónde escuchó hablar por primera vez de Marine Military Academy? (Favor de especificar)

- Ex alumno: _____ Revista: _____ Estudiante/cadete: _____
- Periódico: _____ Orientador: _____ Por algún conocido: _____
- Internet: _____ Directorio de internados: _____ Otro: _____

Nombre de la(s) escuela(s) en la que el solicitante ha estado en los últimos tres años:

- Año: 20 ____ Grado: ____ Escuela: _____ Motivo de baja: _____
- Año: 20 ____ Grado: ____ Escuela: _____ Motivo de baja: _____
- Año: 20 ____ Grado: ____ Escuela: _____ Motivo de baja: _____
- Año: 20 ____ Grado: ____ Escuela: _____ Motivo de baja: _____

Favor de seleccionar la lengua extranjera que desee aprender: Chino mandarín Español

¿Tiene el candidato algún talento o interés especial, ya sea artístico, musical, deportivo, etc.? Sí No

De ser así, favor de mencionar: _____

¿Ha sido profesionalmente diagnosticado con dificultades de aprendizaje? Sí No

De ser así, favor de explicar el diagnóstico: _____

¿Tiene el candidato un Programa de Educación Individualizada (IEP) o Programa de Comportamiento Individualizado (BIP)? Sí No

De ser así, favor de explicar y adjuntar (sólo si es candidato para el ciclo escolar) el expediente IEP o BIP de la escuela: _____

¿Se le ha diagnosticado alguna vez al solicitante con algún trastorno psiquiátrico? (Esquizofrenia, trastorno bipolar (I,II, NOS) Sí No

depresión, distimia, ansiedad, trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante (ODD), trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), síndrome de Tourette, síndrome de Asperger, déficit de atención e hiperactividad (ADHD), déficit de atención (ADD), antecedentes de automutilación o autolesión)

De ser así, favor de **circular cada trastorno** y mencionar **todos** los medicamentos recetados por el médico o psiquiatra: _____

¿Ha sido tratado o ha dado positivo alguna vez por consumo de sustancias ilícitas? Sí No

De ser así, favor de realizar un examen de orina e incluir los resultados. Fecha en que sucedió: _____

¿Alguna vez ha estado involucrado en el sistema de justicia de menores o ha sido sentenciado como delincuente? Sí No

En libertad condicional Sentencia diferida A la espera de juicio Condenado por delito grave o menor Servicio comunitario

NOTA: De ser así, favor de presentar la documentación correspondiente junto con la solicitud.

Por la presente certifico que la información en este formulario es verdadera y completa y que no hay medidas disciplinarias, sanciones penales, ni diligencias pendientes en contra del menor. Entiendo que cualquier representación falsa u omisión de información puede causar expulsión.

Fecha (mm/dd/aa): _____ **Firma del padre o persona con patria potestad:** _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN DE SER CONTESTADAS POR EL CANDIDATO CON SU PROPIA LETRA:

¿Qué has hecho los últimos dos veranos? (Viajes, campamentos, escuela de verano, etc.)

¿Qué experiencia crees que Marine Military Academy te puede dejar?

Menciona brevemente cuáles son tus ambiciones para el futuro:



Marine Military Academy

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, TX 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

REPORTE DE HISTORIAL CLÍNICO

(Favor de entregar a su médico)

Nombre: _____
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

REQUISITOS DE VACUNACIÓN DEL ESTADO DE TEXAS SE DEBERÁN LLENAR LOS ESPACIOS VACÍOS (MM/DD/AA)

VACUNAS:						
Difteria, tétanos y tos ferina (DPT/DT)						
Polio						
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Vacuna contra la varicela						
Historial de varicela						
Meningococo			Otra			

* Agudeza visual: OD _____ OS _____ OU _____ * Agudeza auditiva: AD _____ AS _____ WNL _____ AU _____

Reporte físico: Altura (pulgadas): _____ Peso (libras): _____ Presión arterial: _____

Conteste todas las preguntas: (Favor de comentar en las respuestas positivas, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Varicela: ¿A qué edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad o Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis o Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar tipo I, II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión o distimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de oposición desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías u operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranoia o psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno explosivo intermitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades: (Favor de explicar, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

Are the following systems normal? (Please fully describe any abnormalities.)

	NORMAL	ABNORM		YES	NO
1. Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS:		
2. Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Medicamentos a base de sulfá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sistema digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aparato genitourinario o hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Alimentos (¿Cuáles?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Músculo esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Otra: _____		
7. Metabólico y endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Neuropsiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Dermatológico o trastornos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- ¿Tiene algún órgano deteriorado? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Tiene alguna limitación física? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento psiquiátrico? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento médico? (Favor de explicar) _____ Sí NO
- ¿Está tomando algún medicamento? (Favor de explicar) _____ Sí NO

Firma de médico: _____ Fecha: _____

Nombre de médico: _____ Tel.: _____ Fax: _____
(Escribir en letra de molde)

Dirección: _____



Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

FORMULARIO MÉDICO

(Este formulario debe ser completado por el padre o tutor legal)

Nombre del solicitante: _____

Apellido(s)

Nombre (s)

SÍ

NO

1. **Durante los últimos 12 meses (desde su última revisión médica):** SÍ NO
 - a. ¿Ha sido hospitalizado?
 - b. ¿Ha sufrido alguna lesión que requiera visita médica?
 - c. ¿Ha padecido alguna enfermedad durante más de una semana?
En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar la fecha y motivo. _____
2. **¿El cadete toma algún medicamento con regularidad?**
En caso afirmativo, favor de indicar los medicamentos y el diagnóstico. _____
3. **¿Hay alguna razón por la que debemos de limitar la participación del menor en actividades deportivas?**
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo. _____
4. **¿Prohíbe que participe en deportes de contacto tales como fútbol americano o boxeo?**
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo. _____
5. **¿Alguna vez ha sufrido una conmoción cerebral, fractura o ha sido noqueado?**
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo: _____
6. **¿Alguna vez ha sufrido convulsiones o ha sido diagnosticado con epilepsia?**
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha y motivo: _____
7. **¿Está o ha sido sometido alguna vez a tratamiento psiquiátrico?**
En caso afirmativo, favor de especificar el motivo junto con documento del psiquiatra: _____
8. **¿Carece de algún órgano?**
En caso afirmativo, favor de explicar: _____
9. **¿Usa de algún aparato dental (por ejemplo, frenos, retenedor, etc.)?**
10. **¿Ha recibido tratamiento por lesiones de cuello o espalda?**
En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo: _____
11. **¿Es alérgico a algún medicamento?**
En caso afirmativo, favor de mencionar cuáles: _____
12. **¿Está recibiendo tratamiento por algún otro motivo no mencionado en este formulario?**
En caso afirmativo, favor de explicar: _____
13. **Le hicieron la prueba de la tuberculina el _____ (mm/dd/aa) con resultado negativo el _____ (mm/dd/aa).**
El propósito principal de la prueba de la tuberculina es mantener un ambiente escolar sano y seguro y reducir los costos directos e indirectos asociados con un caso de tuberculosis en el campus.
14. **Autorizo que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe por \$25 dólares que serán facturados a nombre del padre o tutor legal.**
 SÍ NO Mi hijo ya recibió la vacuna el _____ (mm/dd/aa).
La vacuna se pondrá entre los meses de octubre y noviembre. No es una vacuna obligatoria.
15. **¿Ha sido vacunado este año por otra razón desconocida por el departamento médico?**
En caso afirmativo, favor de enviar una copia.

Este formulario debe ser completado por el padre o tutor del cadete durante cada año y deberá entregarse al personal de la oficina médica antes de que el estudiante participe en algún tipo de deporte, actividad, o juego, ya sea dentro o fuera de la temporada. Las preguntas están estructuradas para complementar el reporte de historial clínico. Si hay algún cambio en el estado de salud del solicitante que haga peligrosa su participación, favor de mencionarlo. Todas las respuestas afirmativas que no hayan sido mencionadas en el reporte de historial médico requerirán un examen físico adicional. TODO cambio en el estado de salud del cadete debe de ser reportado a la oficina médica para asegurar que no ocurran lesiones de mayor gravedad y que se le proporcione o se complete el tratamiento adecuado recetado por el médico. Declaro que la información en este formulario es verdadera, completa y correcta.

Fecha (mm/dd/aa): _____ Firma de padre/tutor legal: _____



Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y SEGURO

Nombre del solicitante: _____
Apellido(s) Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social (SSN): _____ - _____ - _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ C.P.: _____

Tel. casa: () _____ Celular: () _____ Tel. trabajo: () _____

Padre/Tutor legal [Apellido(s), nombre(s)]: _____ Fec. Nac. (mm/dd/aa): _____

Empresa: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre de la compañía de seguros del padre/tutor: _____

Dirección: _____ Tel. compañía: () _____

Número(s) de póliza: _____ Monto deducible: _____

Número de certificado: _____ Tipo de póliza: () Grupo () Individual

Madre/ Tutor legal [Apellido(s), nombre(s)]: _____ Fec. Nac. (mm/dd/aa): _____

Empresa: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____ Tel. compañía: () _____

Número(s) de póliza: _____ Monto deducible: _____

Número de certificado: _____ Tipo de póliza: Grupo Individual

¿Está cubierto por una póliza de seguro el solicitante? No Sí ¿Cuál? _____

¿Está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico? No Sí ¿Cuál? _____

Nombre y dirección: _____ Número de póliza: _____

Debe incluir una copia del frente y reverso de la(s) tarjeta(s).

Nota importante: Luego de la notificación de la oficina médica que su hijo necesita servicios de un proveedor médico específico, es responsabilidad de usted contactar a ese proveedor para establecer los arreglos financieros para el pago. Si no tiene cobertura de seguro, debe seleccionar una farmacia de la lista adjunta y ponerse en contacto con ella para proporcionar su número de tarjeta de crédito. Lo mismo se aplica si el departamento médico de MMA le notifica que su hijo necesita cierto servicio médico, es responsabilidad de usted ponerse en contacto con el proveedor para el pago.

Esta autorización es válida para el solicitante antes mencionado:

Yo como () padre, () tutor, () responsable, doy mi consentimiento para el tratamiento médico del menor. Autorizo que los médicos contratados por Marine Military Academy (MMA) u otros doctores elegidos por la academia le den tratamiento médico rutinario (así como también por enfermedades o lesiones). En caso de una emergencia, el personal de MMA tratará de notificar a los padres o tutores en primer lugar. Si éstos no se encuentran localizables, los responsables escolares, por medio de ésta quedan autorizados para emprender cualquier acción médica, incluyendo cirugía o tratamiento dental. En caso de que el solicitante se lesione en su estancia en MMA, por la presente autorizo que los hospitales, doctores, u otros proveedores médicos formulen una declaración detallada de los costos a Marine Military Academy para que se puedan procesar las partes pertinentes al seguro de accidentes escolares. MMA, a quien confiero esta autoridad, es una institución educativa en la que el menor está inscrito como estudiante y que incurre en responsabilidad financiera.

Por la presente certifico que la información médica incluida en este formulario es completa y cierta; y que una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del padre / tutor legal

Fecha (mm/dd/aa)

*Favor de ver el documento adjunto a este formulario con la lista de farmacias



Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550

TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273

Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y FARMACIAS

En caso de que sea necesario que un médico examine a su hijo, Marine Military Academy (MMA) proporcionará el transporte de ida y vuelta al consultorio. Los medicamentos pueden enviarse al departamento médico de MMA o pueden ser adquirirse de una farmacia local.

Excepto en casos de una emergencia, es su responsabilidad ponerse en contacto con el proveedor médico o farmacia con antelación para establecer un modo de pago. MMA no actuará como intermediario para el pago. Los gastos médicos no pueden ser cargados a su cuenta con nuestra institución. Si tiene previsto gastos recurrentes de farmacia, por favor proporcione al principio del año escolar los datos de su tarjeta de crédito a la farmacia de su elección.

MMA sugiere la siguiente farmacia:

Muniz Rio Grande Pharmacy..... (956) 423-1753

Por favor pónganse en contacto con el departamento médico para establecer otros arreglos.



Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES
 320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
 TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273
 Correo electrónico: admissions@mma-tx.org
 www.mma-tx.com.mx

INFORME CONFIDENCIAL

(Favor de entregar al colegio de procedencia)

Nombre: _____ Año escolar actual: _____

Para el director o consejero:

El estudiante antes mencionado ha solicitado ingresar a Marine Military Academy. MMA tiene un programa académico muy demandante, así como también un riguroso programa físico. Por favor pídale al director, subdirector o asesor del estudiante que lo conoce que llene este formulario y lo entregue a Marine Military Academy o a los padres de familia o encargados del menor. Este reporte será usado únicamente para el proceso de admisión y no formará parte del récord del estudiante.

Evaluación académica (Marque con claridad su opción):

	Deficiente	Aceptable	Regular	Bueno	Excelente
Potencial académico					
Desempeño académico					
Habilidad para escribir					
Habilidad para expresar ideas oralmente					
Capacidad de concentración					
Estado de madurez con respecto a la edad y grado					
Interacción social con compañeros					
Potencial de liderazgo					
Comportamiento en clases					
Confianza en sí mismo					
Cumplimiento de obligaciones					
Cooperación con adultos					
Cooperación con padres					
Cooperación de padres con la escuela					

1. ¿Es un colegio acreditado? Sí No
2. ¿Califica el candidato al próximo ciclo escolar en su colegio? Sí No
3. ¿Esta en algún programa de educación especial? Sí No
 En caso de que sí, favor de especificar indicar cuál: _____
4. ¿Ha estado involucrado en actos deshonestos? Sí No
5. ¿Ha estado relacionado en el uso indebido de drogas? Sí No
6. ¿Tiene problemas de mala conducta o comportamiento perjudicial? Sí No
7. ¿Ha tenido problemas para adaptarse con sus compañeros? Sí No
8. ¿Ha tenido problemas de salud física? Sí No
9. ¿Ha tenido problemas de salud emocional? Sí No
10. ¿Ha sido disciplinado por directivos o un jurado estudiantil? Sí No
11. ¿Ha sido suspendido? Sí No
12. ¿Ha sido expulsado? Sí No
13. ¿Ha tenido alguna vez comportamientos que pudieran indicar posible peligro para sus compañeros? Sí No
14. ¿Ha hecho comentarios o amenazas que pudieran indicar riesgo hacia los demás? Sí No

*En caso de ser positivas las preguntas 4 a 12, favor de explicar en la siguiente hoja o adjuntar un documento que aclare sus respuestas.



INFORME CONFIDENCIAL

(Favor de entregar al colegio de procedencia)

Estimado director o asesor:

Favor de darnos su sincera opinión acerca de este joven como estudiante y ciudadano. Nos gustaría saber sobre sus hábitos de trabajo, motivaciones, nivel de honestidad, responsabilidad, sentido del humor, fortalezas y debilidades. Nos interesa que describa su potencial. Si existe alguna razón por la cual NO recomendarían a este solicitante, por favor háganoslo saber. Gracias. (Si necesita más espacio, use el reverso de esta hoja.)

Nombre del director/asesor(a): _____ Título: _____

Colegio de procedencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ País: _____



Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
TEL: (956) 423-6006 ext 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org
www.mma-tx.com.mx

EVALUACIÓN DE PROFESOR DE INGLÉS

Nombre: _____ Año escolar: _____

Evaluación académica (No olvide marcar con claridad su opción):

	Deficiente	Aceptable	Regular	Bueno	Excelente
Potencial académico					
Desempeño académico					
Habilidad para escribir					
Habilidad para expresar ideas oralmente					
Capacidad de concentración					
Estado de madurez con respecto a la edad y grado					
Interacción social con compañeros					
Potencial de liderazgo					
Comportamiento en clases					
Confianza en sí mismo					
Cumplimiento de obligaciones					
Cooperación con adultos					
Cooperación con padres					
Cooperación de padres con la escuela					

Favor de darnos su sincera opinión acerca de este joven como estudiante y ciudadano. Nos gustaría saber sobre sus hábitos de trabajo, motivaciones, nivel de honestidad, responsabilidad, sentido del humor, fortalezas y debilidades. Nos interesa que describa su potencial. Si existe alguna razón por la cual NO recomendarían a este solicitante, por favor háganoslo saber. Gracias. (Si necesita más espacio, use el reverso de esta hoja.)

Nombre del profesor(a) : _____ Asignatura: _____

Escuela: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ País: _____



Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550
TEL: (956) 423-6006 ext 861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org
www.mma-tx.com.mx

EVALUACIÓN DE PROFESOR DE MATEMÁTICAS

Nombre: _____ Año escolar actual: _____

Evaluación académica (No olvide marcar con claridad su opción):

	Deficiente	Aceptable	Regular	Bueno	Excelente
Potencial académico					
Desempeño académico					
Habilidad para expresar ideas oralmente					
Capacidad de concentración					
Estado de madurez con respecto a la edad y grado					
Interacción social con compañeros					
Potencial de liderazgo					
Comportamiento en clases					
Confianza en sí mismo					
Cumplimiento de obligaciones					
Cooperación con adultos					
Cooperación con padres					
Cooperación de padres con la escuela					

Favor de darnos su sincera opinión acerca de este joven como estudiante y ciudadano. Nos gustaría saber sobre sus hábitos de trabajo, motivaciones, nivel de honestidad, responsabilidad, sentido del humor, fortalezas y debilidades. Nos interesa que describa su potencial. Si existe alguna razón por la cual NO recomendarían a este solicitante, por favor háganoslo saber. Gracias. (Si necesita más espacio, use el reverso de esta hoja.)

Nombre del profesor(a): _____ Asignatura: _____

Escuela: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ País: _____



Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, TX 78550
TEL: (956) 423-6006 ext.861 FAX: (956) 421-9273
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org
www.mma-tx.com.mx

EXPEDIENTE ACADÉMICO

(Favor de entregar a la escuela de procedencia)

Nombre: _____
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre

Fecha: _____

Para (colegio de procedencia): _____

De (nombre del padre/tutor/ responsable): _____

Autorizo el envío del expediente académico de mi hijo a Marine Military Academy. Favor de enviar a MMA el expediente oficial que indique las materias que ha cursado, calificaciones, créditos por materia, evaluaciones, así como también otros documentos importantes.

Para poder determinar en qué año escolar se va a colocar al estudiante son necesarios los siguientes documentos:

- ◆ Expediente académico completo, incluyendo el año que actualmente cursa y la explicación de los códigos de calificación.
- ◆ El reporte de calificaciones más reciente. Cuando el año académico culmine, favor de enviar las calificaciones de fin de curso al departamento de admisiones de Marine Military Academy.
- ◆ Resultados de exámenes generales de evaluación u otros (incluya el nombre y fecha de los exámenes)
- ◆ Año académico en el que se encuentra el solicitante: _____
- ◆ Cantidad de horas crédito tomadas hasta la fecha: _____ ¿De cuántas? _____
- ◆ Promedio general: _____

Gracias por su ayuda.

X _____
Firma de padre/tutor/responsable