

RECOMENDACIÓN DEL(A) DIRECTOR(A) / CONSEJERO/A DE LA ESCUELA

Padres de familia o Tutores: Favor de solicitarle al director(a) y dos maestros de la escuela de su hijo que llenen y envíen directamente este formato a MMA, ya sea vía fax al (001-573) 581.0081, o al correo electrónico info@missourimilitaryacademy.org, o por correo postal a la dirección que se encuentra en la página 2.

Información del Alumno			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos Paterno y Materno	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Estimado/a Director(a) / Consejero(a):

Su alumno está solicitando ser admitido en la Academia Militar de Missouri. Esta evaluación de habilidades y aptitudes ayudará al comité de admisiones a tomar una decisión sobre su posible aceptación. Su evaluación es confidencial.

1. ¿ El alumno está inscrito en su escuela? Si “NO”, explique, por favor.?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--

2. ¿ El alumno podrá ser reinscrito el próximo ciclo escolar ? Si “NO”, explique, por favor.?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3. ¿ Esta el alumno inscrito en algún programa educativo especial? Si “SÍ,” favor de proporcionarnos una copia de la evolución de este programa.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

4. ¿Alguna vez ha sido suspendido o expulsado de su institución? Si “SÍ,” proporcione fechas, motivos y medidas tomadas al respecto, por favor.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

5. ¿ En algún momento, se ha visto involucrado en algún incidente de violencia en la escuela? Si “SÍ,” favor de proporcionar la fecha y detalle de los hechos.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

6. ¿ Ha sido examinado, diagnosticado o identificado con alguna dificultad de aprendizaje? Si, "SÍ," ¿cuál es la causa o diagnóstico de dicha dificultad?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

7. ¿ Ha sido diagnosticado con carácter desafiante a la autoridad? Si "SÍ," ¿cuál es la naturaleza del diagnóstico de dicha dificultad?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>


8. ¿ Si su hijo fuese su compañero de cuarto del alumno se sentiría tranquilo ? Si "NO," explique, por favor.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

9. ¿Cómo evalúa al alumno, para ser admitido en la Academia Militar de Missouri ?					
	Muy bien	Bien	Aceptable	Dudosamente	No lo recomiendo
Como persona					
Como estudiante					

10. ¿ Qué tiempo tiene de conocer al alumno?	_____ años _____ meses
--	------------------------

Agradecemos su tiempo y observaciones, son de suma importancia para nosotros en el proceso de admisión. Toda información es tratada confidencialmente y será usada únicamente por el Comité de Admisiones y otros que el Director de Admisiones considere necesarios.

Su nombre	Título Profesional	Teléfono
Nombre del colegio	Dirección	
Cuidad, estado	País	Código Postal
E-Mail		

 Su firma: _____

Fecha: _____

Favor de regresar los documentos a:
Office of Admissions
Missouri Military Academy
204 Grand Street
Mexico, MO 65265 USA
info@missourimilitaryacademy.org
Teléfono 573.581.1776 x 323
Fax 573.581.0081