



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

MATERNAL PREESCOLAR GRADO

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA NAC. (DÍA/MES/AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CURP	SEXO (F/M)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MUNICIPIO	ESTADO	TELÉFONO PARTICULAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL PADRE O TUTOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO ADICIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DE LA MADRE O TUTORA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO ADICIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	





FICHA MÉDICA DEL ALUMNO CICLO ESCOLAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Grado	Fecha Nac. (dd/mm/aaaa)	Tipo sangre	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad	Peso	Estatura	Talla
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INDICAR LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO

Sarampión Tuberculosis Rubeola Influenza Paperas

Tifoidea Escarlatina Fiebre Reumática Hepatitis Varicela

Otras: _____

Presenta seguimiento psicológico y/o neurológico. En su caso especifique:

Alergias





Padecimientos actuales, intervenciones quirúrgicas, indicando la fecha:

Observaciones del médico responsable

Derechohabiente a:

No. Póliza

DATOS DE MÉDICO

Nombre

Teléfono

Clínica de preferencia

PERSONA DE CONFIANZA

Nombre

Parentesco

Teléfono

Autorizo a que mi hijo, se le suministre algún medicamento en caso de padecimientos comunes, tales como: Cefalea, malestar estomacal, torcedura, temperatura etc. que no requieran de receta médica.

SI

NO

En caso de no localizar a los padres y que el alumno requiera hospitalización, autorizo el traslado para su adecuada atención. Manifestamos que los datos anteriores son veraces y que no se ha omitido enfermedad o tratamiento alguno.

Firma del padre, madre o tutor