

FICHA DE INSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

DATOS DEL ALUMNO

GUEVARA

Apellido Paterno

ZAGAL

Apellido Materno

MÓNICA SOFÍA

Nombre (s)

Sexo (X) (M) Fecha de Nacimiento: Año 2014 Mes ENERO Día 17

Edad al 1° de septiembre Años 9 Meses 9

CURP GUZM140117MDFVGNA9 Lugar de Nacimiento CDMX

Nacionalidad MEXICANA Grado 4TO

Alumno de nuevo ingreso (SI) (~~NO~~)

FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS

DATOS FAMILIARES

Domicilio: Calle y Número CALLE FRESNO #2 CASA 3

Colonia 2 DE OCTUBRE Delegación TLALPAN C.P. 14739

Teléfono Particular 5539967929

Nombre del Padre: ENRIQUE GUEVARA GARCIA Tel. Oficina 5518776465

Ocupación: EMPLEADO Tel. Celular 5518776465

E-Mail: eguevarag@gmail.com

Nombre de la Madre: MONICA PRISCILA ZAGAL GUERRERO Tel. Oficina 5539967929

Ocupación: EMPLEADA Tel. Celular 5539967929

E-Mail: monizague@gmail.com

En caso de emergencia comunicarse con: MONICA ZAGAL Tel: 5539967929

Los que suscribimos nos comprometemos en el ciclo escolar a respetar lo establecido en el Reglamento Interno, así como actualizar los datos y colaborar con la institución para lograr el máximo aprovechamiento escolar.

Aviso de privacidad

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados según corresponda en los sistemas de Datos Personales que administrarán las autoridades educativas locales. Puede consultar el Aviso de Privacidad en la plataforma escolar SchoolBi.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DE LA MADRE O TUTOR

FIRMA DEL DIRECTOR



FICHA DE CONTROL MÉDICO

Talla 1.35

Peso 36KG

Tipo de Sangre O+

DATOS DEL MÉDICO PEDIATRA

Nombre: DRA. CAROLINA CASTRO GONZALEZ

Teléfono(s) 5579247508

Celular: 5513985065

ANTECEDENTES MÉDICOS

Padece alguna de las siguientes enfermedades.

- | | | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Diarreas |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardiopatías |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar) <u>NINGUNO</u> | | | |

Indicaciones, en caso de haber marcado una o más opciones en la pregunta anterior: _____

Medicamentos que toma regularmente (Nombre, dosis, padecimiento): NINGUNO

Alergias ☒ SÍ ☒ NO

Restricciones para realizar alguna actividad ☒ SÍ ☒ NO

¿Existe algún problema congénito?

☒ SÍ ☒ NO

¿Existen restricciones para realizar alguna actividad?

☒ SÍ ☒ NO

¿Existen alteraciones en la agudeza visual?

☒ SÍ ☒ NO

¿Existen alteraciones en la agudeza auditiva?

☒ SÍ ☒ NO

¿Existe algún problema ortopédico?

☒ SÍ ☒ NO

¿Utiliza algún tipo de órtesis o prótesis?

☒ SÍ ☒ NO

¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas?

☒ SÍ ☒ NO

¿Cuenta con seguro de gastos médicos?

☒ SÍ ☒ NO

¿Ha tenido algún tratamiento o proceso Psicopedagógico?

☒ SÍ ☒ NO

Si la respuesta es SÍ
Anexar especificaciones.

Es derechohabiente al:

IMSS () ISSSTE () PEMEX () OTROS _____

GRADOS DE LOS HERMANOS QUE ASISTEN A ESTA INSTITUCIÓN

☐ Primaria ☒ 1 Secundaria ☐ Preparatoria ☐ kínder

Ciudad de México, 16 DE AGOSTO 2023

