

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

### DATOS DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
Apellido Paterno

\_\_\_\_\_  
Apellido Materno

\_\_\_\_\_  
Nombre (s)

Sexo ( F ) ( M ) Fecha de Nacimiento: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Edad al 1° de septiembre Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Alumno de nuevo ingreso ( SI ) ( NO )

FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS

### DATOS FAMILIARES

Domicilio: Calle y Número \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono Particular \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia comunicarse con: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO



# FICHA DE CONTROL MÉDICO

Talla \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre \_\_\_\_\_

## DATOS DEL MÉDICO PEDIATRA

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## 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) _____ |                                       |                                      |                                       |

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

Medicamentos que toma regularmente (Nombre, dosis, padecimiento): \_\_\_\_\_

Alergias  SÍ  NO \_\_\_\_\_

Restricciones para realizar alguna actividad  SÍ  NO \_\_\_\_\_

- |   |                             |                             |       |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| ¿Existe algún problema congénito?                       | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existen restricciones para realizar alguna actividad?  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existen alteraciones en la agudeza visual?             | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existen alteraciones en la agudeza auditiva?           | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existe algún problema ortopédico?                      | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Utiliza algún tipo de órtesis o prótesis?              | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas?                  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Cuenta con seguro de gastos médicos?                   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Ha tenido algún tratamiento o proceso Psicopedagógico? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

Si la respuesta es SÍ  
Anexar especificaciones.

Es derechohabiente al:

IMSS ( ) ISSSTE ( ) PEMEX ( ) OTRO \_\_\_\_\_

## GRADOS DE LOS HERMANOS QUE ASISTEN A ESTA INSTITUCIÓN

- |                                   |                                     |                                       |                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> kínder |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

