

1. FICHA DE INSCRIPCIÓN

1

CICLO ESCOLAR: _____

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 O TUTOR

FIRMA DEL DIRECTOR



1. FICHA DE CONTROL MÉDICO

1

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 () OTROS _____

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 _____

