



FICHA DE INSCRIPCIÓN
CICLO ESCOLAR 2022 - 2023

DATOS DEL ALUMNO

Apellido Paterno _____			Apellido Materno _____			Nombre (s) _____			FOTOGRAFIA
Sexo (F) (M)		Fecha de Nacimiento: Año _____		Mes _____		Día _____			
Edad en septiembre		Años _____		Meses _____					
CURP _____				Nacionalidad _____					
Grado _____									
Alumno de nuevo Ingreso			(SI)		(NO)				
Escuela de procedencia _____									
Uso de transporte			(SI)		(NO)				

DATOS FAMILIARES

Domicilio: Calle y Número _____

Colonia _____ Alcaldía _____ C.P. _____

Teléfono Particular _____

Nombre del Padre: _____ Tel. Oficina _____

Ocupación: _____ Tel. Celular _____

Mail: _____

Nombre de la Madre: _____ Tel. Oficina _____

Ocupación: _____ Tel. Celular _____

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.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DE LA MADRE

FIRMA DEL ALUMNO



FICHA DE CONTROL MÉDICO

Nombre del alumno: _____

Talla: _____ Peso: _____ Tipo de sangre: _____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre: _____

Teléfono (s): _____ Celular: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Padece alguna de las siguientes enfermedades (favor de marcar una X)

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: _____

Restricciones para realizar alguna actividad: _____

¿Existe algún problema congénito? _____

¿Existe restricciones para realizar alguna actividad? _____

¿Existe alteraciones en agudeza visual? _____

¿Existe alteraciones en la agudeza auditiva? _____

¿Existe algún tipo de órtesis o prótesis? _____

¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? _____

Cuenta con seguro de gastos médicos _____

Es derechohabiente al: IMSS () ISSSTE () PEMEX () OTRO: _____

FECHA: _____

***NOTA: FAVOR DE LLENAR EL FORMATO CON LOS DATOS CORRESPONDIENTES Y ENVIARLO AL CORREO**

colegioofarrillsec@gmail.com