DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
OFICINA DE CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

LEA CON ATENCIÓN LA SOLICITUD ANTES DE LLENARLA

GENERACIÓN: 2020-2023 GRUPO: _____ TURNO: _____ No. DE CONTROL: 2032405046 .

ESPECIALIDAD: _____.

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOLO DEBE SER LLENADA POR EL PERSONAL COMISIONADO:

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

( ) FOTOGRAFÍA (Subir una imagen y quedarán pendientes cuando existan las condiciones para ir al plantel: 6 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL (A COLOR O BLANCO Y NEGRO).
( ) SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
( ) CERTIFICADO DE SECUNDARIA
( ) ACTA DE NACIMIENTO
( ) CARTA DE BUENA CONDUCTA
( ) COPIA DEL CURP
( ) CARTILLA DE VACUNACIÓN
( ) IMPRESIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (NSS-IMSS)
( ) FICHA DE REGISTRO
( ) REGLAMENTO ESCOLAR

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____ FIRMA: _____

DOCUMENTOS POR ENTREGAR:

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
DÍA MES AÑO

SEXO F ( ) M ( ) NACIONALIDAD: _____ CURP: _____

DOMICILIO DONDE RESIDIRÁ MIENTRAS ESTUDIA

_____
CALLE No. COLONIA

_____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO O CELULAR

DOMICILIO PARTICULAR (DEL LUGAR DE DONDE PROVIENE, EN CASO DE SER FORÁNEO. POR LO GENERAL ES EL DOMICILIO DEL PADRE O TUTOR)

_____
CALLE No. COLONIA

_____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO O CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL):_____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DEL SEGURO ESCOLAR DE VIDA: _____

_____ FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO: _____

II. DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL:

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____

PARENTESCO: _____

DOMICILIO:_____

OCUPACIÓN:_____ **PUESTO:**_____

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:_____

DOMICILIO DEL LUGAR DE TRABAJO:

_____

CALLE **No.** **COLONIA**

_____

CIUDAD **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL** **TELÉFONO O CELULAR**

III. DIBUJE UN CROQUIS DE LA LOCALIZACIÓN DEL DOMICILIO EN DONDE RESIDIRÁ MIENTRAS ESTUDIA (SEÑALANDO CALLES O LUGARES QUE EXISTAN ALREDEDOR)

IV. LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA LA ESCUELA, FAVOR DE ESCRIBIR DATOS CORRECTOS.

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD:

ENFERMEDADES PADECIDAS:_____

PADECIMIENTO ACTUAL:_____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE: _____

_____

TRATAMIENTO QUE RECIBE: _____

PADECE ALERGIAS: SI ( ) NO ( )

ALÉRGICO A:_____

INSTITUCIÓN O DEPENDENCIA QUE LE PROPORCIONA EL SERVICIO MÉDICO:

_____

EN CASO DE TENER IMSS O ISSSTE POR PARTE DE SUS PAPÁS O TUTOR LEGAL, ESCRIBA EL NÚMERO DE FILIACIÓN: _____ **FECHA DE ALTA:** _____

EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

_____

PARENTESCO: _____AL TELÉFONO(S):_____

DATOS DE VACUNACIÓN:

TIENE CARTILLA(SI/NO): _____ GRUPO SANGUÍNEO_____

TIENE TODAS LAS VACUNAS (SI/NO): _____

MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA** _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL: _____

PARENTESCO: _____ **FIRMA:** _____