



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES  
OFICINA DE CONTROL ESCOLAR

PEGAR  
FOTO  
RECIENTE

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**LEA CON ATENCIÓN LA SOLICITUD ANTES DE LLENARLA**

GENERACIÓN: 2022-2025 GRUPO: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_ No. DE CONTROL: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

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

**DOCUMENTOS ENTREGADOS EN ORIGINAL Y DOS COPIAS:**

- ( ) 4 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL (A COLOR O BLANCO Y NEGRO, incluyen las que van pegadas a los formatos).
- ( ) SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
- ( ) CERTIFICADO DE SECUNDARIA o CONSTANCIA DE TERMINACIÓN DE FORMA REGULAR
- ( ) ACTA DE NACIMIENTO
- ( ) CARTA DE BUENA CONDUCTA
- ( ) CURP CERTIFICADO (Si no está certificado que haya sido descargado recientemente)
- ( ) COPIA DE LA CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN (Solamente la carátula).
- ( ) FICHA DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
- ( ) REGLAMENTO ESCOLAR
- ( ) HOJA DESCARGADA DE LA PÁGINA DEL IMSS DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (NSS)

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**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):** \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
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, puede ser pegada de Google Maps, formato de cuadras)**

\_\_\_\_\_

**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, ESCRIBA EL NÚMERO DE FILIACIÓN:**  
\_\_\_\_\_ **FECHA DE ALTA:** \_\_\_\_\_  
EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA COMUNICARSE CON:  
\_\_\_\_\_  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_ AL TELÉFONO(S): \_\_\_\_\_  
**DATOS DE VACUNACIÓN:**  
No. DE CARTILLA \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO \_\_\_\_\_  
OTROS \_\_\_\_\_

**MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA.**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_

**PARENTESCO:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_