



## Datos Personales del Alumno(a)

---

Nombre completo \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

Escuela de procedencia \_\_\_\_\_

Grado al que se inscribe \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_

### **Domicilio actual del alumno**

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Tel. de casa \_\_\_\_\_

## Datos Familiares

---

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Núm. Del cel. \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o tutor \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Núm. Del cel. \_\_\_\_\_

## Antecedentes

---

Padece de enfermedades o alergias \_\_\_\_\_

Padece problemas de Vista \_\_\_\_\_ Oído \_\_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Especifique el problema \_\_\_\_\_

Presenta alguna capacidad diferente \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

Servicio médico al que pertenece \_\_\_\_\_

En caso de emergencia notificar a \_\_\_\_\_

Recibí contrato de presentación de servicios y reglamento escolar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de inscripción