



COLEGIO BILINGÜE CALMÉCAC
PLANTEL: PREESCOLAR MAESTROS FEDERALES
SOLICITUD DE INSCRIPCION

Ciclo Escolar _____

Datos Generales del Alumno

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

CURP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: Mexicana Extranjera Clave catastral: _____ ***Obligatorio**

Lugar de Nacimiento: _____

Escuela de Procedencia: _____

Grado para Inscripción: _____

Dirección: Calle y número: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____

Teléfono Casa: _____ e-mail: _____

Datos Generales del Tutor

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

NOTA: Registre únicamente los datos, si son diferentes a la dirección del párrafo anterior.

Dirección: Calle y número: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____

Tel. Oficina: _____ Tel. Celular: _____ ***Obligatorio**

e-mail: _____ ***Obligatorio**

Datos del Padre:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Profesión: _____ Trabajo: _____

Tel. Oficina: _____ Tel. Celular: _____ ***Obligatorio**

e-mail: _____ ***Obligatorio**

Datos de la Mamá:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Profesión: _____ Trabajo: _____

Tel. Oficina: _____ Tel. Celular: _____ ***Obligatorio**

e-mail: _____ ***Obligatorio**

Documentación Recibida: _____

<p>_____ FIRMA DE PADRE O TUTOR</p>	<p>_____ FIRMA DEL ALUMNO</p>
<p>_____ REVISO</p>	<p>_____ Vo. Bo. Del Director de la Escuela</p>

Mexicali, B.C. a _____ de _____ de 20 _____

EN CASO DE EMERGENCIA OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU HIJO(A):

1.- Nombre _____

Domicilio _____ Tel _____

2.- Nombre _____

Domicilio _____ Tel _____

REGISTRO MEDICO

Es alérgico a algún medicamento y/o alimento. Si No

¿Cuál? _____

Observaciones _____

Institución Médica _____ Num. De Afiliación _____

Tipo de Sangre _____ Es alérgico a Penicilina Si No Otros Med. _____

Enfermedades que ha padecido _____

Indicaciones en caso de que se presente un cuadro crítico _____

Existe algún impedimento para que el alumno participe en actividades deportivas?

Si No

Cuál? _____

Usa lentes Si No Indicación _____

El alumno requiere se le administre algún medicamento permanentemente? Si No

Indicaciones para su suministro _____

HABITOS DEL ALUMNO

Desayuna antes de asistir a la escuela? Si No

Trae alimentos para su recreo? Si No

Tiene sueño tranquilo? Si No Intranquilo Si No

Hora en que se duerme _____

Como describe la conducta de su hijo(a) _____

Es nervioso? Si No Tímido? Si No

Cómo describe la personalidad de su hijo (a)? _____