

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

**FIRMA DE PADRE O TUTOR**

**FIRMA DEL ALUMNO**

\_\_\_\_\_  
**REVISO**

\_\_\_\_\_  
**Vo. Bo. Del Director de la Escuela**

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)? \_\_\_\_\_