

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PERIODO ESCOLAR 2019-1  
Agosto 2019 - Enero 2020

FOTO

SELLO

CURP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. CONTROL \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M

Apellido Paterno                     Apellido Materno                     Nombre(s)

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Día                      Mes                      Año

Domicilio calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono Casa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del alumno: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LOS PADRES

PADRE: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE SALUD

Peso:  Estatura:

Padecimiento(s) actual(es): \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Tipo de Servicio Médico: \_\_\_\_\_ No. de Afiliación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

**ES REQUISITO INDISPENSABLE LLENAR TODOS LOS CAMPOS SOLICITADOS**

NOTA: El estudiante acepta cumplir con las normas de Control Escolar