



Jardín de niños
C.C.T. 15PJN2034R
SECTOR: 11
ZONA: 6
AN: 0394

Tel: (55) 53 92 01 83
Correo: colegio_fjz_somasco@hotmail.com

Primaria
C.C.T. 15PPR1571Z
C.E.: 0307BPPAUM0050
C.F.:15488004

Elementary School

Inscripción para Nuevo Ingreso

Ciclo escolar _____

Nombre del alumno(a): _____

Sexo: Femenino Masculino

Edad: _____

[Foto]

Fecha de nacimiento: _____

Matrícula: _____

Lugar de nacimiento: _____

Grupo actual: _____

CURP: _____

Grado al que se inscribe: _____

Es importante que verifique que todos los datos sean correctos y de no ser así, use los recuadros de la derecha para corregirlos.
Los datos en este documento se utilizan para la certificación de estudios oficiales ante la S.E.P.

Datos Generales del Estudiante

Calle y número		
Colonia o Fraccionamiento		Municipio o Alcaldía
Entidad Federativa	CP	Teléfono

Datos del Padre

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Vive Si / No
Correo electrónico PERSONAL (obligatorio)	Celular a 10 dígitos	
Ocupación o Profesión	Compañía: Telcel Movistar Otra _____	
Nombre del lugar donde labora	Teléfono del trabajo	
Dirección donde labora		

Nota importante: Su número celular nos permite comunicarnos a través de mensajes de texto (sin costo)

Datos de la Madre

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Vive Si / No
Correo electrónico PERSONAL (obligatorio)	Celular a 10 dígitos	
Ocupación o Profesión	Compañía: Telcel Movistar Otra _____	
Nombre del lugar donde labora	Teléfono del trabajo	
Dirección donde labora		

Nota importante: Su número celular nos permite comunicarnos a través de mensajes de texto (sin costo)

Establezca quien es el responsable del menor en todos los asuntos relacionados con el Instituto. (El nombre que usted escriba debe corresponder a la identificación oficial y CURP que entregue, porque serán registrados oficialmente en la SEP).

Responsable del Estudiante:

CURP del responsable

Padre Madre Otro (parentesco)

En caso de ser otro. Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	
CURP del responsable	Parentesco (otro)
Compañía: Telcel Movistar Otra _____	Celular a 10 dígitos

En caso de no localizar a los padres, contactar a:

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno	Parentesco
Celular (en caso de urgencia)	Teléfono

(OBLIGATORIO)

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO EXCLUSIVO PARA CONTROL ESCOLAR

Nombre y Firma del padre, madre o tutor
responsable ante el Instituto

Fecha _____

FIRMA DE CONTROL ESCOLAR

NOTA: FAVOR DE MANTENER SUS DATOS ACTUALIZADOS Y NOTIFICAR A CONTROL ESCOLAR.

- Manifiesto bajo protesta de decir la verdad que me encuentro enterado (a) que por ningún motivo y bajo ninguna circunstancia se podrá realizar la devolución del pago de inscripción en caso de que el alumno decida darse de baja, ya sea de manera voluntaria o por baja justificada por parte del Instituto.
- La institución se deslinda de cualquier responsabilidad de carácter civil, penal, administrativa o de cualquier otra índole respecto al desconocimiento de saber si la persona que firma en inscripción, materiales y colegiaturas del alumno ante la institución, no se requiere documento especial para realizarlo y se sobreentenderá que la persona que firme la documentación correspondiente goza de todos los derechos y prerrogativas de ley para hacerlo.
- Manifiesto que conozco las normas, lineamientos, reglamentos y demás disposiciones de carácter interno de la institución, por lo que desde este momento me hago sabedor de las consecuencias legales y/o administrativas en caso de su incumplimiento.

INFORME DE SALUD

Edad al 12 de Abril

Grupo Sanguíneo

Estatura

Peso

Lateralidad
Izquierda Derecha

Marque la casilla si el alumno ha tenido alguna de estas enfermedades:

- | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Crisis convulsiva | <input type="checkbox"/> Tosferina |
| <input type="checkbox"/> Parasitosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Poliomiélitis | <input type="checkbox"/> Tifoidea | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Otitis | |

Escriba el nombre de la intervención quirúrgica que se le haya realizado en los últimos 6 meses:

Si ha padecido algún trauma (fractura o golpe grave) que requirió tratamiento médico anótelos:

¿ Su hijo (a) ha presentado alguna reacción alérgica?. Indique a qué.

Medicamentos:

Plantas:

Alimentos:

Otros (especificar):

Padecimientos actuales:

Si es su decisión, escriba de puño y letra: "En caso necesario, autorizo el suministro de medicamentos de primeros auxilios." Si No

Si es su decisión, escriba de puño y letra: "En caso de accidente autorizo que mi hijo (a) sea trasladado a una sala de urgencias." Si No

Si es su decisión, escriba de puño y letra: "Autorizo que mi hijo (a) realice activación física." Si No

Si es su decisión, escriba de puño y letra: "Manifiesto que mi hijo goza de una salud óptima para incorporarlo al ambiente escolar." Si No