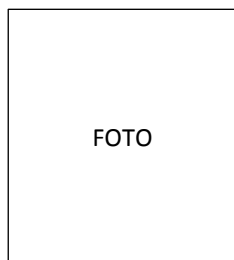




## FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO(A)



FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

NIVEL EDUCATIVO: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

### 1.- DATOS DEL ALUMNO (A)

NOMBRE COMPLETO:		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
EDAD:	CURP:	SEXO:
PESO:	TALLA:	TIPO DE SANGRE:
DOMICILIO:		COLONIA:
TEL DE CASA:	ESCUELA DE PROCEDENCIA:	
ESCRIBA SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PADECIMIENTO FÍSICO, CRÓNICO O ALERGIAS Y/O ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO NEUROLÓGICO:		

### 2.- DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DE LA MADRE:		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO:		COLONIA:
TEL DE CASA:	CELULAR:	
EMAIL:	ESCOLARIDAD:	
OCUPACIÓN:	LUGAR DE TRABAJO:	
PUESTO:	TEL DE TRABAJO:	
NOMBRE DEL PADRE:		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO:		COLONIA:
TEL DE CASA:	CELULAR:	
EMAIL:	ESCOLARIDAD:	
OCUPACIÓN:	LUGAR DE TRABAJO:	
PUESTO:	TEL DE TRABAJO:	

### 3.- DATOS FAMILIARES

¿VIVEN LOS PADRES JUNTOS?		¿VIVE LA FAMILIA ALGUNA SITUACIÓN ESPECIAL? DESCRIBA ABAJO POR FAVOR	
¿SU MATRIMONIO ACTUAL ES EL PRIMERO?	PAPÁ:	MAMÁ:	
¿TIENE HIJOS DE MATRIMONIOS ANTERIORES?	PAPÁ:	MAMÁ:	
¿HAY HIJOS DE MATRIMONIOS ANTERIORES VIVIENDO EN CASA DEL ALUMNO?			
¿HAY ALGUNA PERSONA AJENA A LA FAMILIA VIVIENDO EN CASA? (OMITA EL SERVICIO DOMÉSTICO)			
TIEMPO DIARIO DEDICADO AL ALUMNO	PAPÁ:	MAMÁ:	
¿CON QUIÉN CONVIVE EL ALUMNO LOS FINES DE SEMANA?			

### 4.- PADECIMIENTOS FAMILIARES

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE O DE CABECERA:			
TELÉFONO DEL MÉDICO O CLÍNICA:		¿CUENTA CON SEGURO MÉDICO?	
COMPAÑÍA:		TIPO DE SEGURO:	
NO. DE SEGURO:		TEL DE AGENTE:	
POR FAVOR MARQUE CON UNA PALOMITA LAS VACUNAS CON LAS QUE CUENTA EL ALUMNO(A)			
HEPATITIS A	HEPATITIS B	INFLUENZA	PAROTIDITIS
NEUMOCOCO	RUBEOLA	SARAMPIÓN	VARICELA
TOXOIDE TETÁNICO	INFLUENZA AH1N1	VPH	SRP
OTRAS VACUNA APLICADAS:			
¿EL ALUMNO HA SUFRIDO ALGÚN TRAUMATISMO SEVERO? MENCIONELO EN LA LINEA DE ABAJO, IGUAL LA EDAD EN QUE SUCEDIÓ			
SI HUBO SECUELAS O CONSECUENCIAS MENCIONELAS:			
¿LE HAN PRÁCTICADO ALGUNA CIRUGÍA? MENCIONELA JUNTO CON LA EDAD:			
¿HA RECIBIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN SANGUINEA? MOTIVO:			
¿EL ALUMNO RECIBE O HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE TERAPIA?			
¿TIENE ALGUNA CONDICIÓN PSICOLÓGICA?			
¿PERDIÓ ALGÚN GRADO ESCOLAR? ¿CUÁL Y POR QUÉ?			

### 5.- CONTACTOS FAMILIARES O CONOCIDOS

ESCRIBA LOS DATOS DE 2 PERSONAS A QUIENES PODRÍAMOS LLAMAR EN CASO DE NO LOCALIZAR A ALGUNO DE LOS PADRES Y QUE PUEDAN LLEVARSE AL ALUMNO(A) EN AUSENCIA DE ÉSTOS. FAVOR DE ANEXAR UNA COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE CADA UNA DE LAS PERSONAS.	
NOMBRE:	
TELEFONO CASA:	CELULAR:
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ALUMNO(A):	
NOMBRE:	
TELEFONO CASA:	CELULAR:
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ALUMNO(A):	

## 6.- DATOS DE FACTURACIÓN

RFC:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
CALLE:	NO EXTERIOR:
CRUZAMIENTOS	
COLONIA:	
LOCALIDAD:	
MUNICIPIO:	
ESTADO:	
CÓDIGO POSTAL:	
PAÍS:	
TELÉFONO:	
CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

## 7.- DOCUMENTOS QUE DEBE ENTREGAR JUNTO CON ESTA FICHA

ACTA DE NACIMIENTO

COMPROBANTE DE DOMICILIO

IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL PADRE (INE, PASAPORTE O CEDULA PORFESIONAL)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA MADRE (INE, PASAPORTE O CEDULA PROFESIONAL)

4 FOTOGRAFÍAS INFANTIL BLANCO Y NEGRO

BOLETA DE CALIFICACIONES DEL ÚLTIMO GRADO CURSADO

CARTA DE BUENA CÓNDUCTA (SI APLICA)

CARTA DE NO ADEUDOS (SI APLICA)

CURP

CARTILLA DE VACUNACIÓN

REPORTE DE EVALUACIÓN

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO ESCOLAR

---

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

---

FIRMA DE LA MADRE O TUTORA

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**