



Complejo Educativo de Desarrollo Integral

Formación humana, con valores

Solicitud de Inscripción para el ciclo escolar _____

Sección _____ Grado _____ Grupo _____ Plantel _____

Nombre Completo del alumno

Fecha de nacimiento (D/M/A) _____ Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad _____ Sexo (M/F) _____

CURP Clave Única del Registro de Población _____

Domicilio Particular

Calle y número _____ Colonia _____

Delegación o municipio _____ C.P. _____ Horario básico

Horario extendido

datos del padre o tutor

Nombre completo _____

Lugar de nacimiento _____

Edad _____ Profesión u ocupación _____

Empresa en donde labora y puesto que desempeña _____

Teléfono casa _____ Teléfono oficina _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

datos de la madre o tutora

Nombre completo _____

Lugar de nacimiento _____

Edad _____ Profesión u ocupación _____

Empresa en donde labora y puesto que desempeña _____

Teléfono casa _____ Teléfono oficina _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Los padres del alumno: Viven juntos Están separados

En caso de estar separados ¿con quién vive el alumno? _____

Persona(s) autorizada(s) para recoger al alumno: _____

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que los datos asentados son ciertos y me comprometo a comunicar a COEDI cualquier cambio que ocurra aceptando que, mientras no efectúe tal comunicación, los datos asentados se usarán para todos los trámites y efectos legales; también manifiesto que conozco el aviso de privacidad y estoy enterado(a) de los reglamentos y disposiciones internos de la institución y me comprometo a observarlos, tanto en lo personal como el alumno.

México D.F., a _____ de _____ de _____ Nombre y firma del responsable de la inscripción _____



Complejo Educativo de Desarrollo Integral

Formación humana, con valores

Ficha Médica del alumno

Datos generales del alumno(a)

Nombre Completo

Fecha de nacimiento (D/M/A)

Sexo (M/F)

Antecedentes médicos del alumno(a)

Tipo de sangre

Usa lentes y de qué tipo

No

Si, armazón

Si, contacto

Enfermedades que ha padecido:

Sarampión

Rubeola

Colitis

Tuberculosis

Hernia

Varicela

Paperas

Febriles

Tifoidea

Pulmonar

Tosferina

Escarlatina

Fatiga

Hepatitis

Fiebre reumática

Alergias (especificar): _____.

Padecimientos actuales

Observaciones del médico responsable

Intervenciones quirúrgicas, indicando tipo y fecha

Nombre y teléfono del médico responsable

REG. S.S:

¿El alumno(a) tiene alguna necesidad educativa especial? (Especificar):

¿Toma algún medicamento regularmente? anotar nombre, dosis y frecuencia; anexar receta médica:

Nombre y teléfonos de persona de confianza para comunicar emergencias si no se localiza a los padres:

En caso de no localizar a los padres y que el alumno (a) requiera hospitalización, autorizo su traslado para su adecuada atención.

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que los datos asentados son ciertos y me comprometo a comunicar a COEDI cualquier cambio que ocurra aceptando que, mientras no efectúe tal comunicación, los datos asentados se usarán para todos los trámites y efectos legales; también manifiesto que conozco el aviso de privacidad y estoy enterado(a) de los reglamentos y disposiciones internos de la institución y me comprometo a observarlos, tanto en lo personal como el alumno.

México D.F., a _____ de _____ de _____.

Nombre y firma del responsable de la inscripción