

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO																			
PEGA FOTO DEL ALUMNO	NOMBRE DEL ALUMNO										APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO			
	FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO										GRADO					GRUPO			
SEXO:	H	M	LUGAR DE NACIMIENTO DEL ALUMNO					BINACIONAL		SI	NO		¿CUÁL?						
CURP:																			
DOMICILIO	ESTADO					MUNICIPIO													
CÓDIGO POSTAL						COLONIA					NUMERO EXTERIOR					NUMERO INTERIOR			
CALLE						ENTRE QUE CALLES										REFERENCIA			
ESTATURA (CM)						PESO (KG)					¿CURSO PREESCOLAR?		SI	NO		PROMEDIO DEL CICLO ESCOLAR ANTERIOR			
CELULAR DEL RESPONSABLE:						TEL. CASA DEL RESPONSABLE										REDES SOCIALES CON LAS QUE CUENTA EL RESPONSABLE DEL ALUMNO			

MARCA CON UNA X SI TU HIJO PADECE O TIENE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES SISTÉMICAS DE SALUD. LA OMISIÓN ES RESPONSABILIDAD DE QUIEN INSCRIBE AL ALUMNO.

ALERGIAS A MEDICAMENTOS	NINGUNA		ÁCIDO ACETILSALICÍLICO		AMPICILINA		PENICILINA		SULFAS		CUTÁNEAS		PICADURAS DE INSECTOS		OTRA (ESPECIFIQUE):																
ALERGIAS ALIMENTARIAS	NINGUNA			CIRUELAS		CEREZA		PIÑA		GLUTEN (CEREALES)		HUEVO		LÁCTEOS		CAMARÓN		NECTARINA		MELOCOTÓN		ALBARICOQUE		OTRA (ESPECIFIQUE):							
ENFERMEDADES	NINGUNA		CÁNCER		DEPRESIÓN		DIABETES		ENFERMEDAD RENAL		LUPUS		SÍNDROME METABÓLICO		OBESIDAD		SOBREPESO		ASMA		PROBLEMAS CARDIOVASCULAR		RINITIS		CARDIOPATÍA		HIPERTENSIÓN ARTERIAL		OTRA (ESPECIFIQUE):		
TIPO DE SANGRE	O-			AB+			AB-			O+			B-			B+			A-			A+									
VACUNAS	COMPLETAS LA DE LOS 3 AÑOS					COMPLETAS HASTA LOS 6 AÑOS					11 AÑOS O 5º GRADO DE PRIMARIA					VACUNAS FALTANTES (ESPECIFIQUE)															
DISCAPACIDAD INTELECTUAL DIAGNOSTICADA	NINGUNA			SÍNDROME DE DOWN			TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA			TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN			TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN			ESPECIFICA		GRAVE		LEVE		MODERADA		PROFUNDA		OTRA (ESPECIFIQUE):					
HERRAMIENTAS DE APOYO	NINGUNO			EQUIPO Y PROGRAMAS INFORMÁTICOS ESPECIALIZADOS VISIÓN					EQUIPO Y PROGRAMAS INFORMÁTICOS ESPECIALIZADOS MOBILIARIO					DISPOSITIVOS DE AYUDA VISUAL					AUDÍFONOS		AYUDAS PARA LA MOVILIDAD					PRÓTESIS		SILLAS DE RUEDAS		BASTÓN O MULETAS	
NUTRICIÓN	NORMAL			DESNUTRICIÓN MODERADA					DESNUTRICIÓN SEVERA					SOBREPESO					OBESIDAD					NO IDENTIFICADO							
¿USA ZAPATOS ORTOPÉDICOS?	SI			NO			¿USA LENTES?										SI					NO									

MARCA CON UNA X. LA OMISIÓN DE INFORMACIÓN ES RESPONSABILIDAD DE QUIEN INSCRIBE AL ALUMNO.

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	SI	NO	¿CUÁL?																
¿PRACTICA ALGUNA RELIGIÓN?	SI	NO	ESPECIFIQUE																
¿CUENTA CON ALGÚN SERVICIO DE SALUD?	SI	NO	¿CUÁL?																
¿EXISTE ALGUNA RESTRICCIÓN LEGAL PARA LA CUSTODIA DEL NIÑO/NIÑA?	SI	NO	ESPECIFIQUE																
¿CON QUIÉN VIVE EL ALUMNO?	MAMÁ	PAPÁ	AMBOS		OTRO (ESPECIFIQUE)														
¿QUIÉN SOSTIENE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR?	MAMÁ	PAPÁ	AMBOS		OTRO (ESPECIFIQUE)														
¿EL ESTUDIANTE CUENTA CON LOS SIGUIENTES APOYOS PARA SU APRENDIZAJE?	RADIO		TELEVISIÓN ABIERTA			TELEVISIÓN DE PAGA			INTERNET EN CELULAR		INTERNET EN CASA			TABLET O CELULAR			COMPUTADORA DE ESCRITORIO O PORTÁTIL		

DATOS DE LAS PERSONAS RESPONSABLES QUE AUTORIZA A RECOGER AL ALUMNO:

1° PERSONA		
PEGAR FOTO	NOMBRE	
	PARENTESCO	
	TEL. EMERGENCIA	

2° PERSONA		
PEGAR FOTO	NOMBRE	
	PARENTESCO	
	TEL. EMERGENCIA	

3° PERSONA		
PEGAR FOTO	NOMBRE	
	PARENTESCO	
	TEL. EMERGENCIA	

ES OBLIGATORIO PEGAR FOTOS DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS (NO SE ADMITIRÁN FOTOS SELFIE O CON FILTROS).

LA PERSONA QUE INSCRIBE, ASUME TODA LA RESPONSABILIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, LA OMISIÓN DE DATOS NO SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE
INSCRIBE

PROFESORA RESPONSABLE DE LA
REVISIÓN DE DOCUMENTOS