



FICHA DE INSCRIPCIÓN PREESCOLAR

Fecha: _____

Nombre del alumno: _____ Grado Esc.: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Ciudad Estado Día Mes Año

C.U.R.P.: _____ Sexo: (F) (M)

Domicilio: _____ C.P. _____

Municipio: _____ Teléfono casa: _____

Nombre y edad de los hermanos. (En caso de ser alumnos del colegio anotar el grupo).

- 1.- _____
- 2.- _____

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del Tutor: _____ Parentesco: _____

(En caso de existir)

Dirigir correspondencia a: Madre Padre Ambos

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa: _____ Domicilio: _____

Puesto que ocupa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Nextel: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

e-mail para recibir información de la escuela: _____

e-mail del trabajo: _____ e-mail personal: _____

Nombre de la madre: _____ Ocupación: _____

Nombre de la empresa: _____ Domicilio: _____

Puesto que ocupa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Nextel: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

e-mail para recibir información de la escuela: _____

e-mail del trabajo: _____ e-mail personal: _____

En caso de emergencia llamar a: _____ parentesco: _____

(Que no sean papá o mamá)

Teléfono (s): _____

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ALUMNO (A) PREVIO AVISO POR ESCRITO

	Nombre de la persona (que no sean papá o mamá)	Teléfono	Parentesco
1.-			
2.-			

DATOS ADICIONALES

Escuela de Procedencia: _____ Grado anterior: _____

Lugar donde curso el grado de estudios: _____ Motivo del cambio de escuela: _____

(Ciudad - Estado)

Firma de la Madre

Firma del Padre



FICHA MÉDICA PREESCOLAR

Fecha: _____

Nombre del alumno: _____ Fecha de Nacimiento _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Edad: _____ Grado: _____

DATOS MÉDICOS

Tipo de sangre: _____

Indique qué medicamentos toma en caso de fiebre: _____

dolor de cabeza: _____ dolor de estómago: _____

ANTECEDENTES DEL ALUMNO

Sarampión Varicela Hepatitis Paperas Rubéola Crisis convulsiva

Intervenciones quirúrgicas y fecha: Enfermedades Respiratorias Otros

Traumatismos y fecha: _____

ALERGIAS A: Medicamentos: _____ Alimentos: _____

Plantas: _____ Otros: _____

Padecimientos actuales: _____

Tratamiento médico ó control preventivo: _____

Indique si existe algún medicamento de primeros auxilios que a su hijo (a) **no debe administrársele** en el colegio: _____

Nombre de su pediatra: _____ Teléfono (s) _____

Autorizo en caso de emergencia y de no encontrar a los padres o que la gravedad del caso lo amerite a que la escuela actúe como lo crea conveniente.

Fecha

Nombre del padre o tutor

Firma