



Formulario Ficha de Inscripción

Ciclo escolar _____

Nivel: _____ Grado: _____

Nombre del aspirante: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ CURP: _____

Padecimientos preexistentes: _____

Alergias: _____

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del padre: _____

Ocupación: _____ CURP: _____

Dom. Particular: _____

Tel. Particular: _____ Celular: _____

Dom. Del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Nombre de la mamá: _____

Ocupación: _____ CURP: _____

Dom. Particular: _____

Tel. Particular: _____ Celular : _____

Dom. del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Tel: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____



DATOS DEL MÉDICO

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Anotar padecimientos médicos o de salud que limiten sus actividades y/o pongan en peligro su salud y seguridad durante su estancia en el presente ciclo escolar. De ser así haga un recuento de la condición física del niño, así como de las restricciones en las actividades, si la hubiera, y de cualquier medicamento que actualmente consuma como tratamiento de cualquier enfermedad, incluyendo alergias. Por favor tomar en cuenta que cualquier medicamento que el niño transporte consigo, deberá ir acompañado de la receta médica.

Observaciones:

Por medio de la presente me adhiero a los reglamentos y disposiciones de control y conducta que regulan la vida interna del Instituto Aguilar.

Nombre y Firma de la Mamá

Nombre y Firma del Papá

Fecha