


**PREESCOLAR**

**PRIMARIA**

**SECUNDARIA**

**PREPARATORIA**

Ciclo escolar \_\_\_\_\_ Grado y grupo \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Zona escolar \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	FECHA Y ENTIDAD DE NACIMIENTO
Domicilio particular: _____		CALLE Y NÚMERO	COLONIA
LOCALIDAD Y MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	

**NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____		
Teléfono trabajo: _____ Teléfono o celular: _____		
Escolaridad del Padre o tutor: _____		
Lugar y fecha de nacimiento del Padre o tutor: _____		
CURP del padre o tutor: _____ Correo electrónico: _____		

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____		
Teléfono trabajo: _____ Teléfono o celular: _____		
Escolaridad de la madre: _____		
Lugar y fecha de nacimiento de la madre: _____		
CURP de la madre: _____ Correo electrónico: _____		

Número de miembros que integran la familia: \_\_\_\_\_

Necesidades educativas especiales solo si el (la) alumno(a) presenta alguna discapacidad.	En caso de emergencia llamar a:
Ceguera ( )      ¿Usa silla de ruedas? Si ( ) No ( ) Baja visión ( )      ¿Usa aparato ortopédico? Si ( ) No ( ) Hipoacusia ( )      ¿Usa lentes? Si ( ) No ( ) Múltiple ( )      ¿Es zurdo(a)? Si ( ) No ( ) Motriz ( )      ¿Recibe terapia? Si ( ) No ( ) Intelectual ( )      Otra: _____ Sordera ( ) _____ Autismo ( ) _____  ¿Padece alguna enfermedad crónica? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? _____ ¿Cuenta con seguro médico? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? _____	APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____ PARENTESCO: _____ TELÉFONO (CASA): _____ TELÉFONO (CELULAR): _____

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN**