



No. De Alumno: \_\_\_\_\_

Ciclo: \_\_\_\_\_

Fecha Inscripción: \_\_\_\_\_

Días: \_\_\_\_\_ Horarios: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Escuela en la que estudia: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

En caso de accidente avisar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra o médico familiar: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ Alergias a medicamento: \_\_\_\_\_

Cuenta con seguro médico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_