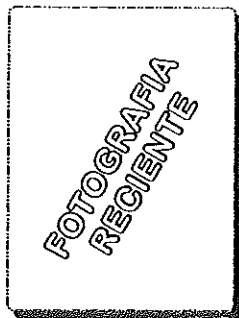




COLEGIO HIDALGO

- SECUNDARIA -

INSCRIPCIÓN CURSO ESCOLAR 20 - 20



Nº 228

FECHA: DIA MES AÑO GRADO AL QUE DESEA INGRESAR:

DATOS DEL ALUMNO(A):

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

CURP

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO HERMANOS EN EL COLEGIO: PRE PRI SEC NO

DOMICILIO: COLONIA:

ENTRE: Y

TEL. CASA: C.P. CIUDAD:

LOS NIÑOS VIVEN: CON AMBOS PADRES: CON LA MAMÁ: CON EL PAPÁ: OTRA SITUACIÓN:

ESCUELA DE PROCEDENCIA:

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PAPÁ

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MAMÁ

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

OCUPACIÓN:

OCUPACIÓN:

CEL TEL. TRABAJO

CEL TEL. TRABAJO

E-MAIL

E-MAIL

NIVEL DE ESTUDIO: ESTADO CIVIL*

NIVEL DE ESTUDIO: ESTADO CIVIL*

*En caso de estar divorciado presentar copia del dictamen del juez sobre la custodia de los hijos.
*En caso de ser Tutor, presentar carta emitida por el DIF

*En caso de estar divorciado presentar copia del dictamen del juez sobre la custodia de los hijos.
*En caso de ser Tutor, presentar carta emitida por el DIF

NOTAS:

- 1.- La información proporcionada es para uso exclusivo de los departamentos del Colegio Hidalgo.
Los datos deben ser actuales, sino están llenos la solicitud no será aceptada.
- 2.- Autorizo para que el Colegio pueda enviar los datos que le requiera la SEP, o para alguna institución de salud, en caso de accidente y/o enfermedad; para uso de los departamentos. En caso de efectuar cambio de domicilio y/o teléfonos, ustedes deberán acudir al colegio personalmente a actualizar esta información.
- 3.- El Colegio no se hace responsable por información errónea en la Ficha de inscripción y Médica
- 4.- El Colegio no se hace responsable de alguna eventualidad por información errónea de esta ficha.

FIRMA DEL PAPÁ _____ FIRMA DE LA MAMÁ _____

TUTOR: _____ PARENTESCO: _____ FIRMA: _____

FICHA MÉDICA CURSO ESCOLAR

ESTA INFORMACIÓN ES DE SUMA RELEVANCIA EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA MÉDICA

--	--	--

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S) DEL ALUMNO

RESPONSABLE DEL ALUMNO(A): PADRE MADRE AMBOS TUTOR

GRUPO SANGUÍNEO: RH: PESO: ESTATURA:

AGUDEZA VISUAL: NORMAL DEFICIENTE USA LENTES CON GRADUACION

AGUDEZA AUDITIVA: NORMAL DEFICIENTE USA APARATO AUDITIVO

ALERGIAS: SÍ NO A QUÉ ES ALÉRGICO?

ASMÁTICO: SÍ NO ¿Actualmente le administra algún medicamento por prescripción médica? SÍ NO

¿Cuál? _____ dosis _____

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que usted considere que el Colegio deba de estar enterado? SÍ NO

¿Cuál? _____

Especifique las acciones que se deban de realizar _____

¿Se autoriza el uso de medicamentos homeopáticos en la escuela? SÍ NO

¿A quién llamar en caso de emergencia, (2 opciones)? _____ Cel. _____

_____ Cel. _____

NOTAS:

1.- La información proporcionada es para uso exclusivo de los departamentos del Colegio Hidalgo.

Los datos deben ser actuales, sino están llenos la solicitud no será aceptada.

2.- Autorizo para que el Colegio pueda enviar los datos que le requiera la SEP, o para alguna institución de salud, en caso de accidente y/o enfermedad; para uso de los departamentos. En caso de efectuar cambio de domicilio y/o teléfonos, ustedes deberán acudir al colegio personalmente a actualizar esta información.

3.- El Colegio no se hace responsable por información errónea en la Ficha de inscripción y Médica

4.- El Colegio no se hace responsable de alguna eventualidad por información errónea de esta ficha.

FIRMA DEL PAPÁ _____ FIRMA DE LA MAMÁ _____

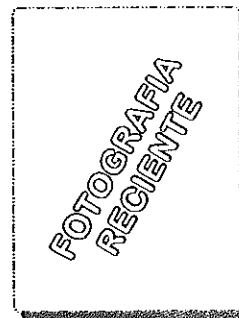
TUTOR: _____ PARENTESCO: _____ FIRMA: _____



COLEGIO HIDALGO

- PRIMARIA -

INSCRIPCIÓN CURSO ESCOLAR 20 - 20



Nº 351

FECHA: DIA MES AÑO GRADO AL QUE DESEA INGRESAR:

DATOS DEL ALUMNO(A):

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

CURP

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO HERMANOS EN EL COLEGIO: PRE PRI SEC NO

DOMICILIO: COLONIA:

ENTRE: Y

TEL. CASA: C.P. CIUDAD:

LOS NIÑOS VIVEN: CON AMBOS PADRES: CON LA MAMÁ: CON EL PAPÁ: OTRA SITUACIÓN:

ESCUELA DE PROCEDENCIA:

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PAPÁ

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MAMÁ

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

OCUPACIÓN:

OCUPACIÓN:

CEL. TEL. TRABAJO

CEL. TEL. TRABAJO

E-MAIL

E-MAIL

NIVEL DE ESTUDIO: ESTADO CIVIL*

NIVEL DE ESTUDIO: ESTADO CIVIL*

*En caso de estar divorciado presentar copia del dictamen del juez sobre la custodia de los hijos.
*En caso de ser Tutor, presentar carta emitida por el DIF

*En caso de estar divorciado presentar copia del dictamen del juez sobre la custodia de los hijos.
*En caso de ser Tutor, presentar carta emitida por el DIF

NOTAS:

- 1.- La información proporcionada es para uso exclusivo de los departamentos del Colegio Hidalgo.
Los datos deben ser actuales, sino están llenos la solicitud no será aceptada.
- 2.- Autorizo para que el Colegio pueda enviar los datos que le requiera la SEP, o para alguna institución de salud, en caso de accidente y/o enfermedad; para uso de los departamentos. En caso de efectuar cambio de domicilio y/o teléfonos, ustedes deberán acudir al colegio personalmente a actualizar esta información.
- 3.- El Colegio no se hace responsable por información errónea en la Ficha de inscripción y Médica
- 4.- El Colegio no se hace responsable de alguna eventualidad por información errónea de ésta ficha.

FIRMA DEL PAPÁ _____ FIRMA DE LA MAMÁ _____

TUTOR: _____ PARENTESCO: _____ FIRMA: _____

FICHA MÉDICA CURSO ESCOLAR

ESTA INFORMACIÓN ES DE SUMA RELEVANCIA EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA MÉDICA

--	--	--

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S) DEL ALUMNO

RESPONSABLE DEL ALUMNO(A): PADRE MADRE AMBOS TUTOR

GRUPO SANGUÍNEO: RH: PESO: ESTATURA:

AGUDEZA VISUAL: NORMAL DEFICIENTE USA LENTES CON GRADUACION

AGUDEZA AUDITIVA: NORMAL DEFICIENTE USA APARATO AUDITIVO

ALERGIAS: SÍ NO A QUÉ ES ALÉRGICO?

ASMÁTICO: SÍ NO ¿Actualmente le administra algún medicamento por prescripción médica? SÍ NO

¿Cuál? _____ dosis _____

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que usted considere que el Colegio deba de estar enterado? SÍ NO

¿Cuál? _____

Especifique las acciones que se deban de realizar _____

¿Se autoriza el uso de medicamentos homeopáticos en la escuela? SÍ NO

¿A quién llamar en caso de emergencia, (2 opciones)? _____ Cel. _____

_____ Cel. _____

NOTAS:

1.- La información proporcionada es para uso exclusivo de los departamentos del Colegio Hidalgo.

Los datos deben ser actuales, sino están llenos la solicitud no será aceptada.

2.- Autorizo para que el Colegio pueda enviar los datos que le requiera la SEP, o para alguna institución de salud, en caso de accidente y/o enfermedad; para uso de los departamentos. En caso de efectuar cambio de domicilio y/o teléfonos, ustedes deberán acudir al colegio personalmente a actualizar esta información.

3.- El Colegio no se hace responsable por información errónea en la Ficha de inscripción y Médica

4.- El Colegio no se hace responsable de alguna eventualidad por información errónea de ésta ficha.

FIRMA DEL PAPÁ _____ FIRMA DE LA MAMÁ _____

TUTOR: _____ PARENTESCO: _____ FIRMA: _____