Nombre del centro educativo  
Nombre del departamento encargado  
Período escolar

**Ficha de identificación**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del alumno** | | | | | |
| Nombres: | |  | | Apellidos: |  |
| Fecha de nacimiento: | |  | | Lugar de nacimiento: |  |
| F |  | M |  | Edad: |  |
| Dirección: | |  | | | |
| Teléfono: | |  | | E-mail: |  |
|  | | | | | |
| **Datos familiares** | | | | | |
| Nombre del padre/tutor: | | | | Nombre de la madre/tutora: | |
|  | | | |  | |
| Ocupación: | |  | | Ocupación: |  |
| Dirección del lugar de trabajo: | | | | Dirección del lugar del trabajo: | |
| Teléfono: | |  | | Teléfono: |  |
| Domicilio: | | | | Domicilio: | |
|  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos académicos** | | | | | |
| Grado: |  | | Nuevo ingreso: | Sí: \_\_\_\_ | No: \_\_\_\_ |
| ¿Repite el curso? | Sí: \_\_\_\_ | No: \_\_\_\_ | ¿Posee beca? | SÍ: \_\_\_\_ | No: \_\_\_\_ |
| Tipo de beca: |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos médicos** | | | |
| Padecimientos: |  | | |
| Alergias: |  | | |
| Grupo sanguíneo: |  | Medicamentos (uso crónico): |  |
| **Contacto de emergencia** | | | |
| Nombre y apellido: |  | Parentesco: |  |
| Teléfono: |  | E-mail: |  |
| Dirección: |  | | |