SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
**CENTRO EDUCATIVO “PEQUEÑAS ESTRELLAS”**CLAVE: 14DST0220M

ZEMPOALA NO. 138, NARVARTE, 03020. DISTRITO FEDERAL, BENITO JUÁREZ

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | Primaria | **Turno** | Matutino |
| **Grado** | 3 ero | **Ciclo escolar** | 2022 - 2023 |

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE** |
| **Apellidos**: | Morales Fuentes | **Nombres**: | Giselle María |
| **Fecha de nacimiento**: | 23 | 02 | 2015 |
| Día | Mes | Año |
| **Lugar de nacimiento**: | Ciudad de México, México |
| **Edad**: | 7 años | **Sexo**: | Femenino |
| **Domicilio**: | Calle Once 645, Reforma, 22830. Distrito Federal, Benito Juárez |
| **DATOS DEL PADRE, MADRE O RESPONSABLE** |
| **Apellidos**: | Fuentes García | **Nombres**: | María José |
| **Fecha de nacimiento**: | 18 | 08 | 1986 |
| Día | Mes | Año |
| **Documento de identidad**: | FUGM860808MDFNVR03 | **Parentesco**: | Madre |
| **Teléfono**: | 646.176-0234 (móvil) | 555.555-5555 (casa) |
| **Correo electrónico**: | mariajose\_fuentes@mail.com |
| **Domicilio**: | Calle Once 645, Reforma, 22830. Distrito Federal, Benito Juárez |
| **HISTORIA CLÍNICA DEL ESTUDIANTE** |
| **Enfermedades**: | Ninguna |
| **Alergias**: | Fresas |
| **Grupo sanguíneo**: | B + | **Discapacidad**: | Ninguna |
| **¿Ha sido vacunado?** | Sí  **X** | No - |
| **Indique cuáles vacunas ha recibido**:Anti sarampión, meningitis. |

|  |  |
| --- | --- |
| *María J. Fuentes* |  |
| Firma del padre, madre o responsable | Firma recibido |