

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
NOMBRE DE LA ESCUELA
CLAVE:
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nivel	_____	Turno	_____
Grado	_____	Ciclo escolar	_____

DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año

Lugar de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

DATOS DEL PADRE, MADRE O RESPONSABLE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año

Documento de identidad: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Domicilio: _____

HISTORIA CLÍNICA DEL ESTUDIANTE

Enfermedades: _____

Alergias: _____

Grupo sanguíneo: _____ Discapacidad: _____

¿Ha sido vacunado? Sí No

Indique cuáles vacunas ha recibido:

Firma del padre, madre o responsable

Firma recibido