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 |