

"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México"



Escuela Primaria "Felipe Carrillo Puerto"

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL CICLO ESCOLAR 2023-2024.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____
CURP: _____ GRADO A CURSAR: _____ GÉNERO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑOS CUMPLIDOS AL 30 DE SEP: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____ TIPO DE SANGRE: _____ UTILIZA LENTES: _____ UTILIZA ZAPATOS ORTOPÉDICOS: _____

INDIQUE SI SU HIJO ESTA BAJO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO ESPECIAL: _____

NOMBRES DE OTROS HIJOS A INSCRIBIR: _____

GRADO A CURSAR: _____

SOLO PRIMER GRADO: CUANTOS AÑOS CURSO DE PREESCOLAR: (1) (2) (3)

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE DEL PADRE: _____ CURP: _____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

OCUPACION: _____ TEL. CEL: _____ TEL. OF: _____

NOMBRE DEL MADRE: _____ CURP: _____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

OCUPACION: _____ TEL. CEL: _____ TEL. OF: _____

DOMICILIO: _____ Núm. Casa: _____ Manzana: _____ Lote: _____ Dpto.: _____

ENTRE LA CALLE: _____ Y LA CALLE _____

OTRA REFERENCIA: _____ TEL. CASA: _____ TEL. CEL: _____

C.P.: _____ Col: _____ Municipio/Alcaldía: _____

YO PADRE DE FAMILIA O TUTOR AL INSCRIBIR A MI HIJO (A) EN ESTA INSTITUCIÓN, ME COMPROMETO A ASISTIR CUANDO SEA REQUERIDO ASI COMO CUMPLIR Y RESPETAR EL REGLAMENTO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN.

DOCUMENTOS QUE ENTREGA

- ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO DE INSCRIPCIÓN. SI NO
- ORIGINAL Y COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO. SI NO
- * ORIGINAL Y COPIA DEL CERTIFICADO DE PREESCOLAR Y/O REPORTE DE EVALUACIÓN DEL GRADO ANTERIOR. SI NO
- ** ORIGINAL Y COPIA DEL REPORTE DE EVALUACIÓN DEL GRADO ANTERIOR. SI NO
- COPIA CURP DEL ALUMNO (ACTUALIZADA). SI NO
- COPIA DEL INE DEL PADRE O TUTOR. SI NO
- COPIA CURP DEL PADRE O TUTOR (ACTUALIZADA). SI NO
- *** CERTIFICADO MÉDICO. SI NO

* Para 1^{er}. Grado traer certificado de preescolar y/o reporte de evaluación del grado.

** En caso de 6^o grado traer copias de las boletas de 1^o- 5^o grado.

*** Certificado por una Institución de Salud con el Número de Cédula del Médico.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

PROFR. (A).