

Fecha: _____

Semestre: _____

Grupo: _____

Edad: _____

DATOS DEL ALUMNO

Nombre Completo:	Género: _____		
Número de celular:	E-mail: _____		
Lugar de Nacimiento:	_____	_____	_____
	Día	Mes	Año
Lugar de Nacimiento:	_____		_____
	Estado	Municipio	Localidad
Domicilio (Actual):	_____		
	Calle	Número	
Colonia	Localidad	Municipio	
Marca Con una <input checked="" type="checkbox"/> El camino de tu hogar al COBAEH Zapotlán es :	Pavimento <input type="checkbox"/>	Terracería <input type="checkbox"/>	Vereda <input type="checkbox"/>
Vives entre la calle:	y entre _____		
Tipo de Sangre:	Alérgico a Algún Medicamento: _____		
Enfermedades, Alergias, problemas auditivos y/o visuales que Padezca el Alumno (a): _____			
Estado Civil :	No. de Hijos: _____		

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Nota: deberán de anexar las credenciales de Padre, Madre y Tutores.

Padre:	Nombre Completo	Ocupación
Núm. Telefónico:	_____	
Madre:	Nombre Completo	Ocupación
Núm. Telefónico:	_____	
Tutor:	Nombre Completo	Ocupación
Núm. Telefónico:	_____	
Teléfono de Casa:	_____	
Marca con una <input checked="" type="checkbox"/> El Servicio Medico con el que Cuentas:		
Centro de Salud: <input type="checkbox"/>	IMSS: <input type="checkbox"/>	ISSSTE: <input type="checkbox"/> OTRO: _____
Número de Seguridad Social: _____		

NOTA: Anexar copia de carnet e impresión de vigencia de derecho de IMSS.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Marca con una Si algún familiar cuenta con algún antecedente y coloca el número correspondiente en el cuadro.

1	padre	3	Abuelo paterno	5	Abuela Paterna
2	Madre	4	Abuelo Materno	6	Abuela Materna

A) Alcoholismo	SI <input type="checkbox"/>	¿QUIEN? <input type="checkbox"/>	E) Obesidad	SI <input type="checkbox"/>	¿QUIEN? <input type="checkbox"/>
B) Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F) Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Otra Adicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G) Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H) Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COPIAS Y FORMATOS PARA REINSCRIPCIÓN

MARCA CON UNA LOS FORMATOS Y COPIAS ENTREGADOS A CONTROL ESCOLAR.

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN IMPRESIÓN DE KÁRDEX.

PRESENTO CREDENCIAL ESCOLAR. COPIA DE CARNET. (IMSS) IMPRESIÓN DE VIGENCIA DE DERECHO DE IMSS

EN CASO DE TENER ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA . (TRAER CONSTANCIA DE ATENCIÓN MÉDICA) COPIAS DE CREDENCIALES DE PADRE, MADRE Y TUTOR

