



Fecha:

Semestre:Grupo:Edad:

DATOS DEL ALUMNO

Nombre Completo:

Género:

Numero de celular:

E-mail:

Lugar de Nacimiento:

Día

Mes

Año

CURP:

Lugar de Nacimiento:

Estado

Municipio

Localidad

Domicilio (Actual):

Calle

Número

Colonia

Localidad

Municipio

Marca Con una

☒

El camino de tu hogar al COBAEH Zapotlán es :

Pavimento

☐

Terracería

☐

Vereda

☐

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

☒

El Servicio Medico con el que Cuentas:

Centro de Salud:

☐

IMSS:

☐

ISSSTE:

☐

OTRO:

Numero 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

SI

¿QUIEN?

A) Alcoholismo

☐

B) Tabaquismo

☐

C) Otra Adiccion

☐

D) Diabetes

☐

SI

¿QUIEN?

E) Obesidad

☐

F) Problemas del corazón

☐

G) Hipertensión

☐

H) Depresión

☐

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

☐

