




Tarjeta de Inscripción y de Salud

Calle Mar No. 675
Col. Torreón Residencial

Tel: 720-46-60, 720-35-75 y 732-52-53
Torreón, Coah.

www.colegioalemantorreon.com

 /colegioalemantorreon

 @calemantorreon

Formato de Inscripción para el ciclo escolar: 20____ - 20____

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> KI	<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> 4°	<input type="checkbox"/> 7°	<input type="checkbox"/> 10°
	<input type="checkbox"/> KII	<input type="checkbox"/> 2°	<input type="checkbox"/> 5°	<input type="checkbox"/> 8°	<input type="checkbox"/> 11°
	<input type="checkbox"/> KIII	<input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> 6°	<input type="checkbox"/> 9°	<input type="checkbox"/> 12°

FOTOGRAFÍA
RECIENTE

Nuevo Ingreso Reingreso

Para uso exclusivo del Colegio

____ Fideicomiso 50%

____ Fideicomiso 100%

____ Seguro contra Accidentes

Información del Alumno:

Nombre del Alumno: Apellido Paterno, Materno y Nombre

Correo Electrónico del Alumno: _____ @

Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA	País de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-----------------------------------	--------------------	--------------	---

Lengua Materna	Religión	CURP
----------------	----------	------

Escuela Actual	Ciudad / Estado / País	Teléfono
----------------	------------------------	----------

Persona económicamente responsable del solicitante	Relación con el alumno
--	------------------------

El alumno vive con:	Padre ____	Madre ____	Ambos ____	Otro ____
---------------------	------------	------------	------------	-----------

Información Familiar:

Padre o Tutor

Nombre y Apellidos Nacionalidad

Domicilio Particular (Calle, número y Colonia) Ciudad y Estado Código Postal

Escolaridad / Profesión Fecha de Nacimiento
DD/MM/AAAA

Nombre del Negocio Giro del Negocio Puesto

Domicilio del Negocio Colonia Ciudad y Estado Código Postal

Teléfono Particular Teléfono Celular Teléfono del Negocio Correo Electrónico

Madre o Tutor

Nombre y Apellidos Nacionalidad

Domicilio Particular (Calle, número y Colonia) Ciudad y Estado Código Postal

Escolaridad / Profesión Fecha de Nacimiento
DD/MM/AAAA

Nombre del Negocio Giro del Negocio Puesto

Domicilio del Negocio Colonia Ciudad y Estado Código Postal

Teléfono Particular Teléfono Celular Teléfono del Negocio Correo Electrónico

Contactos de Emergencia

Es necesario que nos indique dos contactos de emergencia, ya sean familiares, amigos o vecinos para comunicarnos con ellos en caso de no encontrar a los padres.

Contacto de Emergencia 1

Nombre y Apellidos _____ Relación con el Alumno _____

Domicilio Particular	Colonia	Ciudad y Estado	Código Postal
----------------------	---------	-----------------	---------------

Teléfono Particular	Teléfono Celular	Teléfono del Negocio
---------------------	------------------	----------------------

Contacto de Emergencia 2

Nombre y Apellidos _____ Relación con el Alumno _____

Domicilio Particular	Colonia	Ciudad y Estado	Código Postal
----------------------	---------	-----------------	---------------

Teléfono Particular	Teléfono Celular	Teléfono del Negocio
---------------------	------------------	----------------------

EL ALUMNO SUFRE O HA SUFRIDO DE:

Escarlatina SI NO

Sarampión SI NO

Varicela SI NO

Alergias SI NO

¿A qué? _____

Alergia a algún medicamento SI NO

¿A cuál? _____

Asma SI NO

Convulsiones SI NO

Golpes fuertes en la cabeza SI NO

Dolores de cabeza frecuentes SI NO

Infecciones de oído frecuentes SI NO

Infecciones de adenoides y amígdalas SI NO

Amígdalas y Adenoides removidas SI NO

Fecha de última revisión física _____

Fecha de última revisión dental _____

¿Alguna limitación física? SI NO

Especifique: _____

¿Alguna otra enfermedad o problemas de salud de lo que debemos saber? SI NO

Especifique: _____

Cirugías SI NO

¿Alguna alerta médica que debemos saber? SI NO

EN CASO DE EMERGENCIA:

Tipo de Sangre: A B AB O + -

Hablar al pediatra o médico familiar SI NO

Llevar al Hospital SI NO

Nombre del Hospital _____

Hablar a una ambulancia SI NO

Aplicar tratamiento de emergencia en el colegio SI NO

¿El alumno puede participar de manera regular en clases de educación física?..... SI NO

Especifique: _____

¿Usa lentes o lentes de contacto?..... SI NO

¿Todo el tiempo? SI NO

¿Usa medicamentos permanentes? SI NO

Especifique: _____

DATOS DE FACTURACIÓN

Favor de llenar con letra de molde y legible.

Nombre / Razón Social

Dirección: (Calle y Número)

Colonia y C.P.:

Ciudad, Estado:

R.F.C.

Certifico que toda la información arriba mencionada es exacta según mi conocimiento

Firma del Padre o Madre

Fecha

