




# 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](http://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

