



ESCUELA BERTA VON GLÜMER, S.C.

FORMATO DE REINSCRIPCIÓN

MATRÍCULA:

DATOS DEL ALUMNO

CICLO ESCOLAR: 2020-2021

NOMBRE: APELLIDO PATERNO / MATERNO / NOMBRE(S): _____

NIVEL: _____ FECHA DE NACIMIENTO:

D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GRADO: _____ GRUPO: _____ TURNO: _____ SEXO: (M) (F) RELIGIÓN: _____

DOMICILIO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TELÉFONO CASA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 CELULAR DEL ALUMNO:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NACIONALIDAD: _____ C.U.R.P.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CORREO ELÉCTRONICO DEL ALUMNO: _____

TEL. DE EMERGENCIA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 NOMBRE DEL CONTACTO: _____

RELACIÓN O PARENTESCO DEL TELÉFONO DE EMERGENCIA: _____

DATOS FAMILIARES

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: _____ EXISTE ALGÚN TIPO DE RESTRICCIÓN LEGAL: SI NO

DE SER EL CASO, MENCIONE EL DOCUMENTO QUE AMPARA DICHA RESTRICCIÓN: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ TUTOR: () FECHA DE NAC:

D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL ALUMNO): _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TEL. CASA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 CEL.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

EMPRESA DONDE LABORA: _____ PUESTO: _____

OFICINA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 EXT.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 CORREO ELÉCTRONICO: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ TUTOR: () FECHA DE NAC:

D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL ALUMNO): _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

TEL. CASA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 CEL.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

EMPRESA DONDE LABORA: _____ PUESTO: _____

OFICINA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 EXT.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 CORREO ELÉCTRONICO: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____ NACIONALIDAD: _____

OTROS HERMANOS INSCRITOS SI NO ESPECIFIQUE ANOTANDO MATRÍCULA, NOMBRE, NIVEL Y GRUPO:

DATOS CLÍNICOS

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ CEL.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PADECIMIENTO ACTUAL: _____ TIPO DE SANGRE: _____

PESO: _____ ESTATURA: _____ ALERGIAS: _____

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DE LA MADRE O TUTOR

USO INTERNO

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____ ELABORÓ: _____