



# ESCUELA BERTA VON GLÜMER, S.C.

## FORMATO DE REINSCRIPCIÓN

MATRÍCULA:

--	--	--	--

### DATOS DEL ALUMNO

CICLO ESCOLAR: 2026-2027

NOMBRE: APELLIDO PATERNO / MATERNO / NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

NIVEL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: 

D	D	M	M	A	A	A	A

(M) (F)

GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ ☐ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ ALCALDÍA: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: 

--	--	--	--	--	--

TELÉFONO CASA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CELULAR DEL ALUMNO: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ C.U.R.P.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CORREO ELECTRÓNICO DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

TEL. DE EMERGENCIA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL ALUMNO): \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ ALCALDÍA: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: 

--	--	--	--	--	--

TEL. CASA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CEL.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

OFICINA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 EXT.: 

--	--	--	--	--	--

 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ TUTOR: ( ) FECHA DE NAC: 

D	D	M	M	A	A	A	A

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL ALUMNO): \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ ALCALDÍA: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: 

--	--	--	--	--	--

TEL. CASA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CEL.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

OFICINA: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 EXT.: 

--	--	--	--	--	--

 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

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

### DATOS CLÍNICOS

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ CEL.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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: \_\_\_\_\_

