



Instituto Ana Sullivan.

PREESCOLAR PRIMARIA Y SECUNDARIA INCORPORADOS A LA S.E.P.
1er. RET. DE VILLA FRANQUEZA MZ. ÚNICA LT. 20, COL. DESARROLLO URBANO QUETZALCOATL
ALCALDÍA IZTAPALAPA, C. P. 09700 TEL. 54283566
C.C.T. 09PJN4775N – C.C.T. 09PPR1421I - C.C.T. 09PES0912I

Foto del
alumno

HOJA DE INSCRIPCIÓN PERIODO ESCOLAR 20__ – 20__.

DATOS DEL ALUMNO:

CURP: _____ SECCIÓN: _____ GRADO: _____

NOMBRE DEL ALUMNO:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____

C.P. _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____ TELÉFONO DE CASA: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO DE OFICINA: _____ CELULAR: _____

ESTADO DONDE NACIÓ: _____ NIVEL DE ESTUDIOS: _____ EDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO DE OFICINA: _____ CELULAR: _____

ESTADO DONDE NACIÓ: _____ NIVEL DE ESTUDIOS: _____ EDAD: _____

Especifique quien fungirá como tutor del alumno en el presente ciclo escolar:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Firma: _____

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

1. Me hago responsable de **cubrir toda la documentación** (actualizada) que sea necesaria para realizar la inscripción de mi hijo (a). En caso de no cumplir con lo solicitado, acepto la baja de mi hijo (a) de manera voluntaria. Eximo de toda responsabilidad al colegio por la falta del trámite correspondiente.
2. Para ingresar a la institución ó al recoger a mi hijo mostraré la **credencial** que la institución me proporcione al inicio del ciclo escolar, en caso de extravío se informará inmediatamente al colegio y levantaré un acta de hechos. La reposición de la misma tendrá un costo de \$100.00.
3. Mi hijo portará su credencial de identificación y cumplirá con el uniforme escolar completo todos los días del ciclo escolar.
4. Acepto que las **clases de natación** se impartan solo en los periodos de calor (último cuatrimestre del ciclo escolar), cumpliendo con las indicaciones establecidas en el reglamento anexo.

Sabiendo que la escuela no cuenta con transporte escolar y en caso de que yo contrate **transporte escolar externo**, deslindo a la escuela y asumo la total responsabilidad de cualquier situación que se presente por el uso del mismo.

Se va en transporte: _____ Nombre y Firma : _____

Para actuar de manera oportuna en caso de que su hijo (a) sufra alguna contingencia dentro del plantel, le solicitamos autorice al personal de la escuela a trasladarlo (a) al servicio médico más cercano. La escuela se compromete a comunicarse de inmediato con usted para que nos acompañe o llegue al lugar donde el menor será atendido.

() No autorizo () Sí autorizo

Nombre del padre o tutor y firma de conformidad: _____

FICHA MÉDICA

Sr. Padre de Familia o Tutor:

Como parte del diagnóstico de necesidades de la comunidad educativa de este plantel, el COMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL ha diseñado la FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESCOLAR, la cual tienen como objetivo contar con la información precisa y específica que nos posibilite la atención oportuna e inmediata a su hijo (a), en caso de acontecer algún accidente dentro de las instalaciones de la escuela. Con ese motivo solicitamos a usted proporcione todos los datos que se requieran a continuación:

TIPO DE SANGRE: _____ SEXO: HOMBRE () MUJER () PESO: _____ ESTATURA: _____

MI HIJO CUENTA CON SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO POR:

No. DE CLINICA: _____ No. EXPEDIENTE: _____ UBICACIÓN: _____

¿CON QUIÉN VIVE EL ALUMNO?: _____ ESPECIFIQUE: _____

¿QUIÉN TRABAJA EN CASA?: _____ ESPECIFIQUE: _____

¿CUÁNTAS PERSONAS HABITAN EN CASA? _____

¿QUIÉN SE HACE CARGO DEL ALUMNO (CUIDADO, TAREAS, ETC.) _____

EL ALUMNO USA LENTES: _____ ¿ESTADO DE NUTRICIÓN? _____

EL ALUMNO (A) ¿TIENE FAMILIARES EN LA ESCUELA? (NO) (SÍ). Anote los nombres, el parentesco, el grado y grupo en el que se encuentran inscritos: _____

EN CASO DE EMERGENCIA Y DE NO PODERLE LOCALIZAR, REGISTRE LOS DATOS DE ALGÚN FAMILIAR O PERSONA CERCANA QUE PUEDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD: _____

Nombre completo

Parentesco

Teléfono (s)

EN CASO DE QUE LA ENFERMEDAD O ALERGIA PRESENTE SÍNTOMAS DE AGUDEZA, DESCRIBIR QUÉ PROCEDIMIENTOS DEBE SEGUIR EL MAESTRO (A) O PERSONAL DEL COLEGIO: _____

¿PRESENTÓ CERTIFICADO MÉDICO VIGENTE AL INICIO DEL CICLO ESCOLAR?

(No) (Sí) Especifique de que institución. (Pública) (Privada)

EN EL CERTIFICADO MÉDICO SE MENCIONA SI SU HIJO (A) PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA

(NO) (Sí) Especifique cuál es: _____

Naturaleza y tipo de enfermedad o alergia

Medicamento que se le aplica: _____

PAGOS DE COLEGIATURAS

1.- Las colegiaturas deberá pagarlas en los primeros diez días de cada mes, después de cada 15 me haré acreedor a los recargos que el colegio establezca (\$100).

2.- A partir de un atraso de 3 colegiaturas, la escuela podrá dar de baja a mi hijo por falta de pago, deslindando a la institución de cualquier responsabilidad.

3.- Entregaré el material de higiene y papelería más tardar el último mes de octubre del ciclo que esté cursando, de lo contrario cubriré el costo de \$700.00.

NOTA: si solicito factura los pagos tendrán que ser cubiertos durante el mes de facturación.

Nombre y firma de enterado y de conformidad: _____

Fecha: _____

Documentación entregada durante el inicio de ciclo escolar:

- Acta de nacimiento.
- Curp.
- Certificado Médico
- Cartilla de Vacunación.
- Fotos.
- Boleta año anterior Grado: _____

Documentación recibida al finalizar el ciclo escolar:

Boletas: _____

Nombre y firma de recibido: _____

Fecha: _____