



FICHA DE INSCRIPCIÓN

FOTO

La Paz, B.C.S., a _____ de _____ de _____

Nombre: _____ Dormitorio: _____

Licenciatura: _____ Núm. de celular: _____

Grado: _____ Grupo: _____

Procedencia:

a) Localidad: _____

b) Municipio: _____

c) Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
DÍA/MES/AÑO

Datos de los padres:

Nombre de la madre: _____ Tel. móvil: _____

Nombre del padre: _____ Tel. móvil: _____

Nombre del tutor: _____ Tel. móvil: _____

Domicilio: _____

Firma del tutor: _____

SERVICIO MÉDICO:

Institución: IMSS () ISSSTE () Seguro Popular () Otro: _____

SITUACIÓN: () Nuevo ingreso () Reingreso
() Reingreso después de una sanción

Observaciones:

Revisó:

Autorizó:

Coordinador(a) de Servicios Asistenciales