



<b>GRUPO Y ESPECIALIDAD ASIGNADO:</b>	<b>TURNO:</b>	<b>FECHA:</b>

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN	
Numero de control: _____	FOTOGRAFIA
Nombre: _____ (Apellido paterno, apellido materno, nombre (s))	
Fecha de nacimiento: _____	Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ C.U.R.P. _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Domicilio	
Calle: _____	Colonia: _____ CP. _____
Ciudad: _____	Estado: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre o tutor: _____ (Apellido paterno, apellido materno, nombre (s))
Domicilio
Calle: _____ No: _____ Colonia: _____ CP. _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Carrera a cursar: _____
-------------------------

PARA USO EXCLUSIVO DE CONTROL ESCOLAR ( NO LLENAR )			
Copias	Documentos Solicitados	Documentos entregados	_____
1	Acta de Nacimiento	( )	Nombre del que recibe
1	Certificado de Secundaria	( )	
1	CURP	( )	
			_____
			Nombre y firma del Padre de Familia



Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
(Apellido paterno, apellido materno, nombre (s))

Domicilio

Calle: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES PATOLÓGICAS QUE EL ESTUDIANTE HA PADECIDO**

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
DEL CORAZON	( )	( )	COVID 19	( )	( )
PRESION ARTERIAL ALTA	( )	( )	DE LOS PULMONES	( )	( )
DIABETES	( )	( )	DE LOS RIÑONES	( )	( )
CALCULOS EN LOS RIÑONES	( )	( )	CONVULSIONES	( )	( )
ARTRITIS	( )	( )	INFARTO DEL CORAZON	( )	( )
AMIBIASIS	( )	( )	FIEBRE TIFOIDEA	( )	( )
DE PROSTATA	( )	( )	DE LA TIROIDES	( )	( )
CALCULOS DE LA VESICULA BILIAR	( )	( )	BRONQUITIS	( )	( )
TUBERCULOSIS	( )	( )	TUMORES	( )	( )
DEL PANCREAS	( )	( )	ALERGIAS	( )	( )
TOS CRONICA	( )	( )	FRACTURAS	( )	( )
VARICES	( )	( )	ANEMIA	( )	( )
HEPATITIS	( )	( )	NERVIOS	( )	( )
OBESIDAD (SOBRE PESO)	( )	( )	DOLOR DE CABEZA	( )	( )
GOTA	( )	( )	PARALISIS DE LA CARA	( )	( )
MAREOS	( )	( )	VE BIEN	( )	( )
PARALISIS DEL CUERPO	( )	( )	DUERME BIEN	( )	( )
ESCUCHA BIEN	( )	( )	DEL INTESTINO	( )	( )
DIARREA FRECUENTE	( )	( )	INFLUENZA	( )	( )

**INDIQUE QUE VACUNAS LE HAN SIDO APLICADAS AL ESTUDIANTE**

VACUNA	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
COVID 19	( )	( )	DIFTERIA	( )	( )
TUBERCULOSIS	( )	( )	TOS FERINA	( )	( )
POLIOMIELITIS	( )	( )	HEPATITIS	( )	( )