



CÉDULA DEL ESTUDIANTE

Favor de llenar TODOS los datos

FOTOGRAFÍA
RECIENTE

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Grupo: _____ Especialidad: _____ Turno: _____

Edad: _____ Sexo: (F) (M) Otro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Colonia: _____ Municipio: _____

Teléfono de contacto (estudiante): _____

CURP: _____ No. Afiliación IMSS del estudiante: _____

DATOS DE PADRES DE FAMILIA

Nombre de la madre o tutora: _____

TELÉFONO (S) DE CONTACTO: _____

Trabaja en: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre del padre o tutor: _____

TELÉFONO (S) DE CONTACTO: _____

Trabaja en: _____ Teléfono de trabajo: _____

Estado Civil de los padres: Casados Divorciados Separados Viudez Madre/Padre soltero Otro: _____
(MARCA CON UNA "X")

OTRO (S) TELÉFONO DE CONTACTO: _____

Distinto al de Padre y Madre. Favor de anotar todas las opciones telefónicas posibles.

ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Tienes alguna enfermedad ó condición FÍSICA-MENTAL- EMOCIONAL? (especifica): _____

De ser así, favor de agregar copia de receta y/o dictamen médico o psicológico que lo respalde

¿Estás bajo tratamiento o tomas algún medicamento? (especifica) _____

¿Tienes alguna ALERGIA? (especifica): _____

Tienes alguna DISCAPACIDAD: (especifica): _____

MARCA CON UNA "X": Disc. Motriz - Disc. Auditiva - Disc. Visual - Problema de Lenguaje - Otra: _____

¿Usas lentes? _____ Tipo y grado de disminución visual: _____ TIPO DE SANGRE: _____

Nombre y firma del Padre o Madre de Familia

Nombre y firma del Estudiante
Orientación Educativa