



## CÉDULA DEL ESTUDIANTE

Favor de llenar TODOS los datos

Fecha: \_\_\_\_\_

FOTOGRAFÍA  
RECIENTE

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? (específica): \_\_\_\_\_

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? (específica) \_\_\_\_\_

¿Tienes alguna ALERGIA? (específica): \_\_\_\_\_

Tienes alguna DISCAPACIDAD: (específica): \_\_\_\_\_

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