



COLEGIO MÉXICO AMERICANO DE CUERNAVACA
SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
CICLO ESCOLAR 2015-2016

DATOS DEL ALUMNO

GRADO ESCOLAR: _____ PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA ()

NOMBRE DE ALUMNO: _____

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE(S)

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA-MES-AÑO): ____/____/____ SEXO: _____

TIPO DE SANGRE: _____ CURP _____

EL NIÑO VIVE CON: () PADRE () MADRE () AMBOS () OTRO _____

NÚMERO DE HERMANOS: _____ NÚMERO QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: _____

NÚMERO DE MIEMBROS DE FAMILIARES QUE VIVEN CON EL NIÑO: _____

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFESIÓN: _____

EMPRESA: _____ TEL. CASA/TRABAJO: _____

TEL. CELULAR: _____ E-MAIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

CALLE

NÚMERO

COLONIA

C.P. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____

EMPRESA: _____ TEL. CASA/TRABAJO: _____

TEL. CELULAR: _____ E-MAIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

CALLE

NÚMERO

COLONIA

C.P. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____

DATOS DE SALUD/SEGURIDAD

EN CASO DE NO ENCONTRAR A LOS PADRES COMUNICARSE CON: _____
TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO*: _____
TELÉFONOS: _____ PARENTESCO: _____

MENCIONE ALGÚN ACONTECIMIENTO IMPORTANTE DEL NIÑO QUE HAYA SUCEDIDO EN EL ÚLTIMO AÑO (ESCOLAR, FAMILIAR, MEDICO, ESCOLAR U OTRO):

ESPECIFIQUE SI SU HIJO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO Y/O ALIMENTO, O SI SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO: _____

EN CASO DE MALESTAR ESTOMACAL Y/O DOLOR DE CABEZA, USTED AUTORIZA ADMINISTRARLE:

DATOS PARA FACTURACIÓN

Si requiere factura, favor de llenar los siguientes datos:

PERSONA: MORAL () FÍSICA ()

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE: _____

R.F.C.: _____ DIRECCIÓN: _____

CALLE NÚMERO

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

ESTADO

NOMBRE Y FIRMA _____ FECHA _____

*Favor de entregar copia(s) de la(s) identificación(es) oficial(es) de las personas que usted autoriza que puedan recoger a su hijo(a).