**REGISTRO DE INGRESO**

*I. SOLICITUD DE ADMISIÓN*

PARA ARCHIVO C.E.C.

FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEÑORES DIRECTIVOS DEL

CENTRO EDUCATIVO CALMÉCAC

PRESENTE

DESEAMOS SOLICITAR LA ADMISIÓN DE NUESTR \_\_\_\_ HIJ \_\_\_\_ AL CURSO ESCOLAR 2018-2019 Y SON DE MI CONOCIMIENTO SUS PLANES DE TRABAJO, CALENDARIO Y HORARIOS, ASÍ COMO LAS REGLAMENTACIONES Y POLITICAS ADMINISTRATIVAS Y ACADÉMICAS QUE DAN FORMA A SU MODELO.

ATENTAMENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PADRE O TUTOR |  | FIRMA DEL PADRE O TUTOR |

1. *FICHA DE IDENTIFICACIÓN*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO FECHA DE NACIMIENTO CURP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAD ACTUAL FECHA DE INGRESO A CEC CORREO ELECTRÓNICO DEL ALUMNO (SI TIENE)

EN AÑOS Y MESES AL 1° DE SEPT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN (CALLE No. INT./ EXT. ) COLONIA C.P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POBLACIÓN ESTADO TELÉFONO DE CASA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR CURP LUGAR DE TRABAJO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO OFICINA CELULAR E-MAIL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFESIÓN OCUPACIÓN LO QUE ESPERA DE C.E.C.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA CURP LUGAR DE TRABAJO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO OFICINA CELULAR E-MAIL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFESIÓN OCUPACIÓN LO QUE ESPERA DE C.E.C.

¿EXISTE ALGÚN FACTOR SOCIO-ECONÓMICO QUE ESTÉ INTERFIRIENDO CON EL ADECUADO DESARROLLO DE SU HIJO (A)? SI ES EL CASO, DESCRÍBALO POR FAVOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EXISTE(N) ALGUNA (S) CIRCUNSTANCIA (S) EXTRAESCOLAR (ES) QUE USTED CONSIDERE ESTA (N) INTERFIRIENDO CON EL ADECUADO DESARROLLO DE SU HIJO (A)? SI ES EL CASO, DESCRÍBALO POR FAVOR.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿EXHIBE SU HIJO (A) ACTITUDES QUE USTED CONSIDERA QUE INTERFERIRIAN CON SU DESARROLLO ACADÉMICO? SI ES EL CASO, DESCRIBALO POR FAVOR.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿DESEA USTED HACER AL PERSONAL DE C.E.C. ALGUNA RECOMENDACIÓN ESPECIAL EN RELACIÓN CON SU HIJO (A)?.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANOTAR SI EL ALUMNO TIENE MAS HERMANOS Y LOS GRADOS EN QUE SE ENCUENTRAN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*INFORME POR FAVOR:*

ESTADO CLÍNICO DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIGENCIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERGIAS Y OBSERVACIONES MÉDICAS ESPECIALES

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE Y RH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: EN CEC SOLO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO A LOS ALUMNOS BAJO PRESCRIPCIÓN MEDICA Y PREVIA ENTREGA DE LA COPIA DE LA RECETA A LA ENFERMERA ESCOLAR Y CON CONOCIMIENTO DE LA COORDINADORA DEL NIVEL.

1. AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA

AUTORIZO AL PERSONAL COMPETENTE DEL CENTRO EDUCATIVO CALMÉCAC PARA REALIZAR ACCIONES DE MEDICINA ASISTENCIAL DE PRIMERA INSTANCIA O UNA VEZ QUE ESTABLEZCAN CONTACTO CONMIGO Y PREVIA AUTORIZACIÓN MIA, REMITAN A MI HIJO (A) EN AMBULANCIA AL HOSPITAL, EN CASO DE SER NECESARIO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PADRE O TUTOR |  | FIRMA DEL PADRE O TUTOR |

GRACIAS POR PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN

BIENVENIDOS A LA COMUNIDAD CALMÉCAC

1. C.E.C.: SIGLAS DE CENTRO EDUCATIVO CALMÉCAC
2. LA PERSONA FIRMANTE SERÁ CONSIDERADA COMO TUTOR DEL ALUMNO PARA CUALQUIER EFECTO
3. SI EL PADRE O TUTOR OMITE ALGUNA INFORMACIÓN REQUERIDA O NO ENTREGA A CEC OPORTUNAMENTE ESTE FORMATO, DEBERÁ ASUMIR PERSONALMENTE CUALQUIER CONSECUENCIA QUE SE DESPRENDA.