



Pegar aquí
foto infantil
actual del
estudiante.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del estudiante: _____

¿Con cuál servicio médico cuenta el estudiante? (Encierra la respuesta que corresponda)

IMSS. ISSSTE. PARTICULAR. IMSS-BIENESTAR. NINGUNO. OTRO: _____

¿El estudiante padece alguna enfermedad severa que le impida realizar alguna actividad física?

SI. Especifique cual: _____ NO.

Domicilio actual: _____

Calle.

No.

Colonia

Nombre del Padre o Tutor:

Nombres (s) Apellidos

Teléfono: _____

Trabajo o Empleo del Padre o tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Madre o Tutora:

Nombres (s) Apellidos

Teléfono: _____

Trabajo o Empleo la Madre o tutora: _____ Teléfono: _____

Especifique ¿si el estudiante en la primaria estuvo siendo atendido por maestro USAER? _____
(En caso de que SI, anexar comprobante)

NOTA: Acepto que los datos que proporciono son verídicos y que podrán ser utilizados por la Dirección de la escuela cuando se requiera.

Firma de la madre o Tutora.

Firma del Padre o Tutor.