



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

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
	Sexo: Femenino	Masculino
Grado al que inscribe: _____	Sección: _____	
Lugar de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____	
C.U.R.P : _____	NIA _____	
Domicilio: _____	Colonia: _____	
Ciudad: _____	C.P : _____	
Teléfono casa: _____	Teléfono emergencia: _____	
Vive con Madre ( ) Padre ( ) Ambos ( ) Otro _____		

**Colegio en que ha realizado sus estudios:**

Preescolar: \_\_\_\_\_

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Bachillerato: \_\_\_\_\_

¿Es alumno regular? SI ( ) NO ( ) ¿Ha repetido algún curso? ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Presentó algún extraordinario en el curso anterior? ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Motivo por el que elige este Colegio: \_\_\_\_\_

Religión que profesa: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad en especial que debamos saber? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿De qué cuidados requiere? \_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos(as) en este Colegio? SI ( ) NO ( )

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre o tutor:** \_\_\_\_\_

Nacionalidad : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. Celular: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ Grado máximo de estudios: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio del trabajo: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

¿Es ex-alumno ? SI ( ) NO ( ) Último nivel cursado en este Colegio \_\_\_\_\_ Generación: \_\_\_\_\_

**Nombre de la mamá:**

Nacionalidad :	_____	Fecha de nacimiento:	_____
No. Celular:	_____	Lugar de nacimiento:	_____
CURP:	_____	Grado máximo de estudios:	_____
Profesión:	_____	Ocupación:	_____
Empresa:	_____	Correo electrónico:	_____
Domicilio del trabajo:	_____	Colonia:	_____
Ciudad:	_____	Tel.	_____
¿Es ex-alumno ? SI ( ) NO ( )	Último nivel cursado en este Colegio	Generación:	_____

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Desea que le facturen colegiaturas ? SI ( ) NO ( )

Si es afirmativo, favor de proporcionar datos fiscales mencionando al alumno, al siguiente correo:

**ccobranza@colegiocentral.edu.mx**

Nombre completo de padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma

NOTA:

Favor de llenar con letra clara y completa toda la información solicitada ya que ésta será integrada a la base de datos del departamento administrativo.