

# Cedula de Inscripción

No. de Revisión: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Revisión: \_\_\_\_\_  
 Hoja: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DATOS DEL ALUMNO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Carrera	Grado y Grupo	Numero de Control
Tipo Sanguíneo	Alergia o Padecimiento	Sexo
Estatura	Peso	Tallas
	Calzado	Playera
	Short	Panst

## DIRECCION ACTUAL

Domicilio	Calle	Numero	Colonia
Localidad y/o Municipio	Entidad	Código Postal	
Teléfono particular y/o celular		E-mail	
Fecha de Ingreso		Num de Afiliación al Seguro Social	
Nombre del Padre o Tutor		Numero Telefónico	

## PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ALUMNO

¿Te han diagnosticado algún problema cardiaco?	SI	NO
¿Tienes dolores en el corazón o pecho con frecuencia y sin causa alguna?	SI	NO
¿Sueles Sentirte Cansado, con mareos frecuentes o haber perdido el conocimiento sin alguna causa aparente?	SI	NO
¿Tienes dolores en los huesos o articulaciones por alguna artritis u otra causa que le arde con cualquier movimiento?	SI	NO
¿Toma algún medicamento por enfermedad crónica?	SI	NO
¿Existe alguna actividad no mencionada aquí por la cual no debas realizar actividad cultura o deportiva?	SI	NO

TALLER SELECCIONADO		
	Matutino	Vespertino
Kung-Fu		
Voleibol		
Banda de Guerra		
Básquet Bol		
Ajedrez		
Gimnasia Rítmica		
Porristas		
Ballet Folklórico		
Herrería Artesanal		
Rondalla		
Fútbol		
Taller de Lectura y Redacción		

Acepto de conformidad el cumplir el reglamento de Actividades Extraescolares o de lo contrario se me impondrán las sanciones establecidas por la Institución.

---

Nombre y Firma del Alumno