Instituto Bilingüe "La Silla"

PREESCOLAR (ROMA)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha:_____

Unidad:_____
Grado:_____
Matrícula:_____

Nombre de la Escuela: Instituto Bilingüe La Silla **Turno :** Matutino **Teléfono:** 83 58 21 31
C.C.T.: 19PJN0122U **Zona :** 110 **Región:** 12
Dirección: Juana de Asbaje 110, Col. Roma **Municipio:** Monterrey

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre (s) **Apellido Paterno** **Apellido Materno**

Sexo: ◯ **Masculino** ◯ **Femenino** **Fecha de nacimiento (dd/mm/aa/):**

Lugar de Nacimiento (Edo.): **C.U.R.P.:**

Domicilio:

Calle No. Colonia C.P. Municipio

Teléfono: **Escuela de procedencia:**

RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE

	Nombres	Profesión	Labora en:	Teléfono
Padre:				
Madre:				
Tutor:				

Celular : **Correo electrónico:**

Celular : **Correo electrónico:**

Celular : **Correo electrónico:**

Cuenta con servicio médico: Sí No **Institución:**

Tiene el niño antecedentes médicos: Sí No **Alergias:** Sí No
Describa:_____
_____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombres	Teléfonos/ celular

Bajo protesta de decir verdad manifestamos que los datos proporcionados en esta solicitud son ciertos y conocedores de las sanciones legales en que incurren los falsos declarantes y de caer en ese supuesto acataremos lo que al efecto determinen autoridades correspondientes.

Padre o Tutor **Madre o Tutora**

Nombres y Firma **Nombres y Firma**