

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

Unidad: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: Instituto Bilingüe La Silla Turno : Matutino Teléfono: 83 58 15 50  
C.C.T.: 19PPR0080B Zona : 153 Región: 12  
Dirección: Hamburgo 123, Col. Altavista 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

**Padre:** Nombres \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Labora en: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Celular : \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
**Madre:** Nombres \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Labora en: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Celular : \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
**Tutor:** Nombres \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Labora en: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Celular : \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Cuenta con servicio médico: ☐ Sí ☐ No Institución: \_\_\_\_\_  
Tiene el niño antecedentes médicos: ☐ Sí ☐ No Alergias: ☐ Sí ☐ No  
Describe: \_\_\_\_\_

#### 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 incurrir 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