

Fecha: _____

Unidad: _____

Grado: _____

Matrícula: _____

Nombre de la Escuela: Instituto Bilingüe La Silla

Turno : Matutino

Teléfono: 81 03 24 00

C.C.T.: 19PJN0957B

Zona : 110

Región: 12

Dirección: Camino al Diente 701 Col. Antigua Estanzuela

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:

Celular : Correo electrónico:

Nombres

Profesión

Labora en:

Teléfono

Madre:

Celular : Correo electrónico:

Nombres

Profesión

Labora en:

Teléfono

Tutor:

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