# Instituto Bilingüe "La Silla"

## PRIMARIA (SIERRA ALTA)

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha:_____

Unidad:_____
Grado:_____
Matrícula:_____

**Nombre de la Escuela:** Instituto Bilingüe La Silla **Turno :** Matutino **Teléfono:** 81 03 24 02
**C.C.T.:** 19PPR0885P **Zona :** 153 **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

**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**