

Ciclo Escolar: 2023-2024

ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA N° 44 ACAMAPICHTLI

Pegue
fotografía
reciente, a
color, fondo
blanco en papel
mate.

FICHA DE INSCRIPCIÓN



Pegue
fotografía
reciente, a
color, fondo
blanco en papel
mate.

FOTOGRAFÍA DE LA MADRE,
PADRE O TUTOR

FOTOGRAFÍA DEL ALUMNO (A)

Grupo: _____

Por favor llene este formato a tinta azul con datos fidedignos para poderlo contactar y/o localizar.

RECUERDE QUE SÓLO PODRÁ ATENDER LO RELACIONADO AL ALUMNO(A): PADRE, MADRE O TUTOR REGISTRADO EN ESTE FORMATO.

DATOS DEL ALUMNO(A) QUE INSCRIBE

Nombre: _____ Sexo (H) (M)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

¿Tiene hermanos en esta escuela? SI () NO () Nombre: _____ grupo: _____

Domicilio: Calle y N°: _____ Colonia: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ C.P. _____

Entre la Calle: _____ y la Calle: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

CURP (RENAPO): _____

¿El alumno(a) trabaja? (SI) (NO) ¿Qué actividad laboral realiza?

REGISTRE LO SOLICITADO O SUBRAYE LA OPCION CORRESPONDIENTE

¿El alumno vive actualmente con? (¿Registre a cada integrante de su familia y sus edades? _____)

-Institución de servicio médico con el que cuenta actualmente: IMSS ISSSTE ISSEMYM SEGURO POPULAR NINGUNO
- Como responsable del alumno(a) durante este Ciclo Escolar, estoy enterada(o) de que **la escuela no cuenta con servicio médico ni psicológico**, y conociendo la importancia de estos aspectos en el desarrollo y salud integral de mi hijo(a): Anexo certificado médico:(SI) (NO). **COMPROMETIÉNDOME A ENTREGARLO EN CUANTO ME SEA POSIBLE. EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA ENVIARÉ A MI HIJO ENFERMO O CON CUALQUIER SÍNTOMA DE ENFERMEDAD.**

Institución que expidió el certificado: _____

-En caso de no anexar certificado médico, deslindo a la escuela de cualquier situación de salud que pudiera presentar mi hijo(a) dentro del plantel. En todo momento me comprometo a presentar diagnóstico, tratamiento y/o recomendaciones psiquiátricas o psicológicas, respecto a mi hijo (a), e informar a Trabajo Social cuando se me requiera, para una mejor atención. Especifique si el alumno requiere atención diferenciada: _____ y anexe comprobante médico reciente.

-El alumno está en condiciones de realizar actividad física (SI) (NO).

Peso del alumno(a) en kilogramos: _____	Talla del alumno(a) en centímetros: _____
Necesita lentes SI () NO ()	Utiliza zapatos ortopédicos SI () NO ()
A recibido las vacunas que integran el Esquema Nacional de Vacunación SI () NO ()	
Esquema de vacunación completo ()	Esquema de vacunación incompleto ()

-El alumno al regreso de la escuela a su casa, es acompañado y supervisado por: _____, quien revisará que traiga de acuerdo al horario de grupo: los cuadernos, agenda de tareas, trabajos, libros, lapicera con plumas (azul, roja, negra), colores, marca textos, regla, goma, lápiz y mochila diariamente (El alumno lo necesita para formar hábitos, no deje de apoyarlo diariamente)

- ¿El alumno (a) cuenta con: un espacio adecuado para estudiar y hacer tareas en casa? (SI) (NO) ¿con computadora? (SI) (NO)

¿con celular? (SI) (NO) ¿Tablet? (SI) (NO) ¿internet en casa? (SI) (NO)

-Actividad extra que practica el alumno(a): a) Deportiva b) Artística c) Académica

De acuerdo con el **Bando municipal de Texcoco**, las peleas, agresiones de cualquier tipo, intimidaciones o provocaciones, son consideradas como escándalo en la vía pública, lo cual amerita una llamada de atención ante el oficial calificador, para la prevención del delito.

Por lo anterior, **sea de su conocimiento** que si su hijo participa en alguna situación de las antes descritas será trasladado en la patrulla por los oficiales, ante el oficial calificador, en donde permanecerá hasta que usted acuda por el menor.

Estoy de acuerdo que como medida preventiva **se gestione** ante las autoridades correspondientes y Comisión Nacional de Derechos Humanos y autorizo que se realice en el plantel el operativo **“Mochila segura”** lo que nos brinda seguridad y tranquilidad, y como padre/madre de familia me da certeza del trabajo que se realiza para la prevención, detección y atención de situaciones de riesgo para nuestros hijos.

Nombre y Firma de quien autoriza: _____

Quedo enterado (a) de lo señalado en el artículo 31 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra dice:
Los mexicanos son responsables de que sus hijas, hijos o pupilos menores de 18 años, concurren a las escuelas para recibir la educación obligatoria ..., en los términos que establezca la ley, así como participar en su proceso educativo, al revisar su progreso y desempeño, velando siempre por su bienestar y desarrollo.

Por lo anterior mandaré a mi hijo alimentado, aseado, revisaré su mochila y **en todo momento estaré atento, participaré de manera corresponsable en las jornadas de limpieza y lo organizado por la institución.**

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE DEL ALUMNO(A) DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2023-2024.

Nombre: _____ Edad _____
Parentesco con el alumno: _____ Sexo: (H) (M) Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Domicilio: Calle y N° _____
Colonia: _____ Localidad: _____ Municipio: _____ C.P. _____
Entre la Calle: _____ y la Calle: _____ Lugar de nacimiento: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos (a diez dígitos) Favor de NO anotar número telefónico del alumno:
Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ Recados: _____

PERSONA ADICIONAL AL PADRE, MADRE O TUTOR, QUE PUEDEN ATENDER ASUNTOS DEL ALUMNO (A)

Pegue
fotografía
reciente, a
color, fondo
blanco en
papel mate.

Nombre: _____ Edad _____
Parentesco con el alumno: _____ Sexo: (H) (M) Estado Civil: _____
Teléfonos: (a diez dígitos) Por favor NO registre número telefónico del alumno
Celular: _____, Casa: _____

Responsiva: Los solicitantes manifestamos que hemos entregado documentación completa incluyendo datos generales y de salud y nos comprometemos a actualizarlos en caso de modificación, así también a cumplir con lo establecido en los Acuerdos para el bienestar y la Convivencia Escolar y colaborar con el personal del plantel para alcanzar el logro de los aprendizajes esperados, prevenir el rezago escolar y cumplir con el 100% de asistencia presencial de mi hija(o).

Hago constar que la información escrita en este documento es verídica, deslindando a la Institución de toda consecuencia que se derive de la falsedad de esta. Asistiré al plantel y comunicaré inmediatamente al personal administrativo de la escuela (PRIMER GRADO SEÑOR HUGO, SEGUNDO GRADO SEÑORA IRMA Y TERCER GRADO SEÑORITA EUNICE) cualquier cambio a los datos proporcionados en el presente documento.

-En caso de urgencia médica y no localizarme, autorizo al personal de la EST 44 "Acamapichtli" el traslado de mi hijo(a) a un centro hospitalario para solicitar la aplicación del Seguro Escolar en las Instituciones Autorizadas por el Gobierno del Estado.

Nombre y Firma de quien autoriza: _____

Santiago Cuautlalpan, Texcoco, México a : _____
Por favor registre la fecha en que firma este documento(día/mes/año).

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR
RESPONSABLE DEL ALUMNO (A)

NOMBRE DEL ALUMNO (A)

Firma de enterado de lo señalado en este documento.