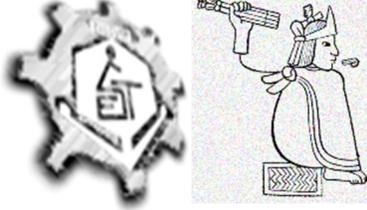


Pegue  
fotografía  
**reciente**, a  
color, fondo  
blanco en  
papel mate.



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

FOTOGRAFÍA DE LA MADRE,  
PADRE O TUTOR

## HOJA DE INSCRIPCIÓN

FOTOGRAFÍA DEL ALUMNO (A)

Ante la contingencia por la pandemia que vivimos, nuestras autoridades educativas solicitan a las escuelas tener actualizados los datos personales y de contacto de nuestros alumnos, por favor llene este formato con datos fidedignos para poderlo contactar y/o localizar. **RECUERDE QUE SÓLO PODRÁ ATENDER LO RELACIONADO AL ALUMNO(A): PADRE, MADRE O TUTOR QUE USTED ASIGNE.** Si requiere agregar a otra persona para que atienda situaciones de su hijo, favor de registrar los datos solicitados y entregar los documentos correspondientes. **Llenar los datos solicitado en esta hoja a tinta azul.**

### 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 trabaja? (SI) (NO) ¿Qué actividad realiza?

### REGISTRE LO SOLICITADO O SUBRAYE LA OPCION CORRESPONDIENTE

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

- De los integrantes de su familia registre a quienes ya se les aplicó la vacuna contra el COVID-19: \_\_\_\_\_

-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. BAJO 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 / la alumno(a) o algún familiar de casa a sido diagnosticado con SARS-CoV-2 (COVID-19) SI ( ) NO ( )
---

¿Quién? \_\_\_\_\_

El / la alumno(a) a recibido Vacuna contra el virus SARS-CoV-2 (COVID-19): SI ( ) NO ( )
--

Laboratorio/marca: _____	Número de dosis recibidas: _____	Fecha de ultima aplicación: _____
--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

**-En caso de urgencia médica y no localizarme, autorizo a la Escuela el traslado de mi hijo(a) para solicitar la aplicación del Seguro Escolar en las Instituciones Autorizadas por el Gobierno del Estado.**

**Nombre y firma de quien autoriza:** \_\_\_\_\_

-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.

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, realizaré el filtro en casa, verificaré el lavado de manos, proveeré y verificaré que lleve cubrebocas colocado correctamente y cuatro más para cambiarlo (y la bolsa para depositarlos) y su kit sanitizante de acuerdo con lo señalado por el Comité participativo de salud escolar y la asesoría recibida por la escuela respecto a las **Buenas prácticas de corresponsabilidad Acamapichtli ante el covid-19 y el regreso seguro a clases. 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 2022-2023)

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: \_\_\_\_\_  
Último grado de estudios: \_\_\_\_\_

#### PERSONAS ADICIONALES AL PADRE, MADRE O TUTOR, QUE PUEDEN ATENDER SITUACIONES 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: \_\_\_\_\_

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, trabajar en conjunto con el Comité Participativo de Salud Escolar cumpliendo con las medidas preventivas para evitar la propagación del virus SARS'S COV-19 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 SEÑORA IRMA, SEGUNDO GRADO SEÑORA NORMA Y TERCER GRADO SEÑOR HUGO) cualquier cambio a los datos proporcionados en el presente documento.

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.