



# COLEGIO CENTRAL, A.C.

C.E. \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE INGRESO

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Sexo: Femenino

Masculino

Grado al que inscribe: \_\_\_\_\_

Sección: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

C.U.R.P : \_\_\_\_\_

NIA \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

C.P : \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Teléfono emergencia: \_\_\_\_\_

Vive con Madre ( ) Padre ( ) Ambos ( ) Otro \_\_\_\_\_

### Colegio en que ha realizado sus estudios:

Preescolar: \_\_\_\_\_

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Bachillerato: \_\_\_\_\_

¿Es alumno regular? SI ( ) NO ( ) ¿Ha repetido algún curso? ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Presentó algún extraordinario en el curso anterior? ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Motivo por el que elige este Colegio: \_\_\_\_\_

Religión que profesa: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad en especial que debamos saber? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿De qué cuidados requiere? \_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos(as) en este Colegio? SI ( ) NO ( )

1) Nombre: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

### Nombre del Padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. Celular: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ Grado máximo de estudios: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio del trabajo: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Nombre de la mamá:** \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. Celular: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ Grado máximo de estudios: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio del trabajo: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿Desea que le facturen colegiaturas? SI ( ) NO ( )

Si es afirmativo, favor de proporcionar datos fiscales mencionando al alumno, al siguiente correo:

**ccobranza@colegiocentral.edu.mx**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma

NOTA:

Favor de llenar con letra clara y completa toda la información solicitada ya que ésta será integrada a la base de datos del departamento administrativo.