



Fotografía
alumno

PRE-SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



Fotografía
papá



Fotografía
mamá

Fecha: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

Antes de ingresar los datos personales el padre de familia deberá consultar el aviso sobre uso, incorporación, trato, transferencia y protección que la institución educativa Jardín de Niños Tzitzlacalli A.C. dará los datos personales y sensibles que se recaben. Más información en www.tzitzlacalli.edu.mx

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Grado al que se inscribe: _____ Ciclo escolar: _____

Nombre del alumno: _____

Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Curp: _____

DATOS PERSONALES PAPÁ Y MAMÁ

Domicilio casa: _____
Calle Colonia C.P.

Teléfonos: _____
Casa Celular mamá Celular papá

Datos papá: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) Nacionalidad Religión

Profesión Nombre de la empresa Puesto que desempeña

Teléfono trabajo E-mail

Datos mamá: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) Nacionalidad Religión

Profesión Nombre de la empresa Puesto que desempeña

Teléfono trabajo E-mail

Estado civil:

Casados por la Iglesia

Fecha del matrimonio: _____

Casados por el civil

Fecha del matrimonio: _____

Divorciado

Separado

Soltero

Promotora: _____



DATOS FAMILIARES

Número de hijos:

Mujeres Hombres

Lugar que el solicitante ocupa en la familia:

	Nombre de los hijos	Edad	Grado escolar	Escuela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del pediatra: _____ Hospital donde atiende: _____

Teléfonos: _____ Celular: _____

DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO

Tipo de sangre: _____ Vacunas aplicadas: _____

Padece con frecuencia: Gripe: Si No Tos: Si No Dolor de oído: Si No

Enfermedades crónicas: Si No ¿Cuáles? _____

Intervenciones quirúrgicas: Si No ¿Cuáles? _____

Actualmente está bajo tratamiento: Si No ¿Cuál? _____

HISTORIA CLÍNICA DEL ALUMNO

Menciona las enfermedades o traumatismos sufridos durante el embarazo:

Ninguna RH-Neg Lesiones Posible aborto Otros ¿Cuáles? _____

Tiempo de duración de embarazo: _____ Parto: Natural Cesárea Anestesia: Si No

Complicaciones del parto: Si No Semanas ¿Cuáles? _____

Tiempo de incubadora: Horas Días Peso: _____ kg Llanto inmediato: Si No

Al nacer, color del niño: Rosado Morado Amarillo Alimentación: Materna Fórmula Tiempo

Calificación Apgar: Los primeros días de nacido se mostró: _____

Edad en que: Levanto la cabeza: Se sentó: Gateó:

Caminó: Primeros dientes: Primeras palabras:

Control de esfínteres: Diurno: Si No Nocturno: Si No Se orina durante la noche: Si No A veces

Dificultad para: Oír: Si No Ver: Si No Saltar: Si No Peso actual: _____ kg Bajo Normal Excedido

Alergias a: Nada Medicamentos Alimentos Medio Ambiente Especificar: _____

Se viste por sí mismo:

Se amarra los zapatos:

Se baña solo:

Relaciones:

Es inquieto: Le gusta jugar solo:

Es irritable: Predomina la mano:

Su pronunciación es:

Su lenguaje es fluido:

Hábitos al dormir: Duerme de: _____ p.m. a las _____ a.m. Continuas:

Describe brevemente el carácter de su hijo: _____

Está o estuvo en alguna terapia: ¿Cuál? _____

Motivo: _____

HISTORIA ACADÉMICA

Jardines de Niños anteriores:

_____	_____	_____
Nombre	Grado cursado	Año
_____	_____	_____
Nombre	Grado cursado	Año

Su conducta en los Jardines de Niños anteriores ha sido: _____

OTROS

Exponga brevemente las razones por las que desea ingresar en el Jardín de Niños Tzitzlacalli:

Recomendado por: _____

Confirmando que he leído el Aviso de Privacidad consultable en www.tzitzlacalli.edu.mx y acepto expresamente el uso, incorporación, trato, transferencia y protección de los datos personales y sensibles proporcionados para los fines establecidos en el mismo.

Firma de mamá

Firma de papá