

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](http://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](http://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