



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

FECHA: ____/____/____
DÍA MES AÑO

PLANTEL: _____
NÚMERO LOCALIDAD

NOMBRE COMPLETO DEL ASPIRANTE:

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
-----------	------------------	------------------

DATOS GENERALES

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____ TIPO SANGUÍNEO: _____
DÍA MES AÑO

NÚMERO TELEFÓNICO: _____ **ALERGIA(S):** _____

GRUPO INDIGENA O AFROMEXICANO: _____

DOMICILIO

CALLE: **NÚM:** **C.P.:**

COLONIA O BARRIO:

COMUNIDAD:

RESPONSABLE (PADRE, MADRE, OTRO O SI ES MAYOR DE EDAD)

NOMBRE: _____

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
-----------	------------------	------------------

NÚMERO TELEFÓNICO:

SECUNDARIA DE PROCEDENCIA

TIPO DE SECUNDARIA: _____ CCT: _____

NOMBRE DE LA SECUNDARIA: _____

**FIRMA DEL RESPONSABLE O
ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD**

FIRMA DEL ASPIRANTE