

BACHILLERATO GENERAL MILITARIZADO

SOLICITUD DE INGRESO A PRIMER SEMESTRE

FOTOGRAFÍA

FECHA: / /

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	CURP	LUGAR DE NACIMIENTO
ESCUELA SECUNDARIA DE PROCEDENCIA			PROMEDIO GENERAL DE SECUNDARIA	FECHA DE CERTIFICACIÓN	

DOMICILIO

CALLE		NÚMERO		COLONIA	
		INTERIOR	EXTERIOR		
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD		MUNICIPIO	ENTIDAD	
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR		VIVE SI	NO	TELÉFONOS	
				CELULAR	
DOMICILIO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL DEL ALUMNO)				OTRO	
NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA		VIVE SI	NO	TELÉFONOS	
				CELULAR	
DOMICILIO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL DEL ALUMNO)				OTRO	

DATOS CLÍNICOS

SERVICIO MÉDICO		CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN		NO. DE CREDENCIAL	
NOMBRE DEL TRABAJADOR DERECHOHABIENTE				TIPO DE SANGRE	
ALÉRGICO A:			ESTUDIOS MÉDICOS PRESENTADOS		
1.			EXAMEN GENERAL DE SANGRE: BIOMETRÍA HEMÁTICA, GLUCOSA, UREA, CREATININA Y PRUEBA DE DETECCIÓN DE HEPATITIS B Y C		
2.			RADIOGRAFÍA ANTEROPSTERIOR DE TÓRAX (AP O DE FRENTE)		
3.			EXAMEN GENERAL DE ORINA		

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

NOMBRE		PARENTESCO	TELÉFONO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE,  
MADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL  
RESPONSABLE DE LA INSCRIPCIÓN