



**SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BACHILLERATO GENERAL
CICLO ESCOLAR 20 - 20**

GRADO: _____ GRUPO: _____ SEMESTRE: _____

DATOS DEL ALUMNO (A)

NOMBRE: _____ SEXO: F M

DOMICILIO: _____ COLONIA: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD AÑOS: _____ MESES: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

C. U. R. P.: _____

FIRMA DE ACEPTACION DEL REGLAMENTO DE LA INSTITUCION:

DOCUMENTOS DE ENTREGA:

- CERTIFICADO DE SECUNDARIA
- CARTA DE BUENA CONDUCTA
- ACTA DE NACIMIENTO
- CERTIFICADO MÉDICO
- 6 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL B/N
- COPIA DE CURP
- CERTIFICADO PARCIAL
- RESOLUCION DE EQUIVALENCIA
- CONSTANCIA DOMICILIARIA
- COMPROBANTE DE PAGO
- OTROS _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR:

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____ COLONIA: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

GRADO DE ESTUDIO: _____ OCUPACION: _____

FIRMA DE ACEPTACION DEL REGLAMENTO DE LA INSTITUCION:

NOMBRE Y FIRMA DE COTEJO

Toluca, México, a ____ de _____ de 20 ____.



HOJA MÉDICA BACHILLERATO GENERAL

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO): _____

TIPO DE SANGRE: _____

AGUDEZA VISUAL: _____

AGUDEZA AUDITIVA: _____

SALUD BUCAL: _____

ESTATURA: _____

PESO: _____

- ¿EL ALUMNO PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA? _____
- ¿TOMA EL ALUMNO REGULARMENTE Y POR PRESCRIPCIÓN MEDICA ALGÚN MEDICAMENTO?,
ESPECIFICAR _____

- ¿EL ALUMNO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO QUE PUEDA SER USADO EN TRATAMIENTO
DE EMERGENCIA, COMO PENICILINA, SULFAS, ASPIRINAS, ETC.?

- PERSONAS A QUIEN DEBA LLAMARSE EN CASO DE EMERGENCIA SI NO SE LOCALIZA A LOS
PADRES

NOMBRE: _____

TEL: _____

NOMBRE: _____

TEL: _____

- NOMBRE Y DATOS DEL MEDICO PARTICULAR:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

SI EN CASO DE EMERGENCIA NO SE LOCALIZA A LOS PADRES O PERSONAS AUTORIZADAS, DOY MI
 CONSENTIMIENTO AL INSTITUTO BRIMA S. C., PARA QUE SELECCIONE AL MEDICO O TRATAMIENTO
 ADECUADO.

TOLUCA, MÉXICO _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR



**SOLICITUD DE INSCRIPCION DE BACHILLERATO TECNOLOGICO
CICLO ESCOLAR 20 - 20**

GRADO: _____ GRUPO: _____ SEMESTRE: _____
CARRERA: _____

DATOS DEL ALUMNO (A)
NOMBRE: _____ SEXO: F M
DOMICILIO: _____ COLONIA: _____
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____
CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD AÑOS: _____ MESES: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
C. U. R. P.: _____
FIRMA DE ACEPTACION DEL REGLAMENTO DE LA INSTITUCION:

DOCUMENTOS DE ENTREGA:

- CERTIFICADO DE SECUNDARIA
- CARTA DE BUENA CONDUCTA
- ACTA DE NACIMIENTO
- CERTIFICADO MEDICO
- 6 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL B/N
- COPIA DE CURP
- COMPROBANTE DE PAGO
- OTROS _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR:
NOMBRE: _____ TELEFONO: _____
DOMICILIO: _____ COLONIA: _____
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____
GRADO DE ESTUDIO: _____ OCUPACION: _____
FIRMA DE ACEPTACION DEL REGLAMENTO DE LA INSTITUCION:

NOMBRE Y FIRMA DE COTEJO

Toluca, México, a _____ de _____ de 20 ____.



INSTITUTO BRIMA S. C.

INCORPORADO A LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN
DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ACUERDO No. 205-02A-000-5612-AC-043/96 DE FECHA 26 DE AGOSTO DE 1996 C. C. T. 15PCT0083N

HOJA MÉDICA BACHILLERATO TECNOLÓGICO

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO): _____

TIPO DE SANGRE: _____

AGUDEZA VISUAL: _____

AGUDEZA AUDITIVA: _____

SALUD BUCAL: _____

ESTATURA: _____

PESO: _____

- ¿EL ALUMNO PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA? _____
- ¿TOMA EL ALUMNO REGULARMENTE Y POR PRESCRIPCIÓN MEDICA ALGÚN MEDICAMENTO?,
ESPECIFICAR _____

- ¿EL ALUMNO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO QUE PUEDA SER USADO EN TRATAMIENTO
DE EMERGENCIA, COMO PENICILINA, SULFAS, ASPIRINAS, ETC.? _____

- PERSONAS A QUIEN DEBA LLAMARSE EN CASO DE EMERGENCIA SI NO SE LOCALIZA A LOS
PADRES

NOMBRE: _____

TEL: _____

NOMBRE: _____

TEL: _____

- NOMBRE Y DATOS DEL MEDICO PARTICULAR:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

SI EN CASO DE EMERGENCIA NO SE LOCALIZA A LOS PADRES O PERSONAS AUTORIZADAS, DOY MI
CONSENTIMIENTO AL INSTITUTO BRIMA S. C., PARA QUE SELECCIONE AL MEDICO O TRATAMIENTO
ADECUADO.

TOLUCA, MÉXICO _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR