





C.1 sur / 40 y 45 Col. Centro  
C.C. T. Preescolar: 23PJN00756M

Playa del Carmen Q.Roo  
C.T.Primaria: 23PPR0124V

Tel. 80 3 22 59  
www.baxal-paal.com

Tiene Hermanos en el Centro Educativo Baxal Paal :

NO

SI

En que Grados: \_\_\_\_\_

Cuenta con Familiares en Centro Educativo Baxal Paal :

NO

SI

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

## 2.- DATOS GENERALES DE LOS PADRES DEL ALUMNO (A):

Datos del Padre

Datos de la Madre

ó

Tutor en caso de que los niños  
estén bajo responsabilidad  
de otra persona.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puesto que Ocupa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail Personal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail para recibir información de la Escuela: \_\_\_\_\_

Los Niños Viven con: Ambos Padres \_\_\_\_\_ Solo con Mάma: \_\_\_\_\_ Solo con Pάpa: \_\_\_\_\_ Otra Situaci3n: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi Hijo (a) Salga en Folletos y Fotos de la Escuela. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



C.1 sur / 40 y 45 Col. Centro  
C.C. T. Preescolar: 23PJN00756M

Playa del Carmen Q.Roo  
C.T.Primaria: 23PPR0124V

Tel. 80 3 22 59  
www.baxal-paal.com

### 3.- INFORMACION ADICIONAL:

Ha Repetido algún curso:

sí  no      ¿Cuál? \_\_\_\_\_      ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Razones por las que desea Ingresar al Centro Educativo Baxal Paal

### 4.- LLENADO POR CONTROL ESCOLAR:

Fecha de Examen de Admisión: \_\_\_\_\_

**DATOS INFORMATIVOS: PONER UNA X**

MEDIOS DE TRANSPORTE	TECNOLOGIA EN CASA
* Muy probablemente para llegar al colegio Utilizaran:	
<input type="checkbox"/> El vehiculo de la Familia	<input type="checkbox"/> En casa contamos con computadoras
<input type="checkbox"/> El vehiculo de otra Familia	<input type="checkbox"/> A las computadora tienen acceso los (as) hijos (as)
<input type="checkbox"/> Transporte Escolar	<input type="checkbox"/> En casa contamos con conexión a Internet
<input type="checkbox"/> Transporte Público	<input type="checkbox"/> Al Internet tienen acceso los (as) hijos (as)
<input type="checkbox"/> Otro	



C.1 sur / 40 y 45 Col. Centro  
C.C. T. Preescolar: 23PJN00756M

Playa del Carmen Q.Roo  
C.T.Primaria: 23PPR0124V

Tel. 80 3 22 59  
www.baxal-paal.com

\* EN CASO DE EMERGENCIA MARCAR A :

1.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

2.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

3.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

\* PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL NIÑO:

1.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

2.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

3.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

4.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_





C.1 sur / 40 y 45 Col. Centro  
C.C. T. Preescolar: 23PJN00756M

Playa del Carmen Q.Roo  
C.T.Primaria: 23PPR0124V

Tel. 80 3 22 59  
www.baxal-paal.com

V.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS (TODOS LOS ALUMNOS)

Sarampión	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	Papera	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	a: Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Crisis Convulsiva	<input type="checkbox"/>
Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	Parasitosis	<input type="checkbox"/>			Plantas	<input type="checkbox"/>		
						Alimentos	<input type="checkbox"/>	Cirugías	<input type="checkbox"/>
						Otros	<input type="checkbox"/>		
Fiebre de etiología oscura	<input type="checkbox"/>	Diarreas frecuentes	<input type="checkbox"/>	Problemas de Lenguaje	<input type="checkbox"/>				
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgica y Fecha	<input type="checkbox"/>	Otros:	_____				

VI.- SERVICIO MEDICO: ISSTE \_\_\_\_\_ IMSS \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Datos del IMSS ¿(Cuando se tiene)?

No. afiliación del papa \_\_\_\_\_ Clínica No. 11 No. afiliación del mama \_\_\_\_\_

Nombre de su Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Vacunas: Esquema Completo: SI  NO  Vacunas Pendientes: \_\_\_\_\_

Agudeza Visual: Normal  Deficiente  Usa lentes Graduados

Agudeza Auditiva: Normal  Deficiente



C.1 sur / 40 y 45 Col. Centro  
C.C. T. Preescolar: 23PJN00756M

Playa del Carmen Q.Roo  
C.T.Primaria: 23PPR0124V

Tel. 80 3 22 59  
www.baxal-paal.com

¿Actualmente le administra algún medicamento por prescripción médica?

SI \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Fracturas que ha sufrido?

Indique si existe algún medicamento de primeros auxilios que a su hijo (a) no debe administrársele en el Colegio.

\* Corroboramos los datos arriba asentados como Verídicos y Confiables ser para considerarlos tomados en cuenta en cualquier Situación de emergencia referente a la salud del niño (a).

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma de Revisión. \_\_\_\_\_



C.1 sur / 40 y 45 Col. Centro  
C.C. T. Preescolar: 23PJN00756M

Playa del Carmen Q.Roo  
C.T.Primaria: 23PPR0124V

Tel. 80 3 22 59  
[www.baxal-paal.com](http://www.baxal-paal.com)