



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

Playa del Carmen Q.Roo Tel. 80 3 22 59  
C.T.Primaria: 23PPR0124V WWW. Baxal-paal.com

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA ALUMNOS DE NUEVO INGRESO  
CICLO ESCOLAR 2011-2012

Examen de Admisión: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ Entrega de Resultados: \_\_\_\_\_

Inscripción:

Reinscripción

**1.- DATOS GENERALES DEL ALUMNO (A)**

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Domicilio Permanente: \_\_\_\_\_

Calle y Numero

Colonia

C.P.

Teléfono de Casa

Fecha de Nacimiento: Día : \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Edad Cumplida al 30 Dic: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Grado a cursar \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_

Religión que Profesa: \_\_\_\_\_ Idiomas que se hablan en casa: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES ESCOLARES**

Escuela de Procedencia: \_\_\_\_\_ Grado Anterior: \_\_\_\_\_

Es Bilingüe SI

NO

Motivo del Cambio de Escuela: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa en la familia \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Giro 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: \_\_\_\_\_



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

Playa del Carmen Q.Roo Tel. 80 3 22 59  
C.T.Primaria: 23PPR0124V WWW. Baxal-paal.com

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

**3.- INFORMACION ADICIONAL:**

Ha Repetido algún curso:

SI

NO

¿Cuál?

¿Por qué?

Razones por las que desea Ingresar al Centro Educativo Baxal Paal

---

---

**\* EN CASO DE EMERGENCIA MARCAR A :**

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**\* PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL NIÑO:**

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Para poder atender las necesidades de su hijo(a) favor de contestar las siguientes preguntas a cerca de las características académicas. Si su hijo tiene alguno problema académico o ha recibido ayuda profesional para apoyar cualquiera de las siguientes situaciones . Favor de señalar aquellos incisos que se aplican.

- a) Talentos académicos
- b) Problemas de aprendizaje
- c) Problemas de lenguaje
- d) Déficit de atención
- e) Dislexia o problema de lectura
- f) Dificultad al procesar información.
- g) Problemas auditivos
- h) Problemas emocionales
- i) Problemas de disciplina
- j) Hiperactividad
- k) Limitaciones Físicas
- l) Otro, favor de especificar. \_\_\_\_\_



**4.- SALUD**

a).- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

\_\_\_\_\_ Alergias                      \_\_\_\_\_ Cardiopatía                      \_\_\_\_\_ Otros  
\_\_\_\_\_ Convulsiones                      \_\_\_\_\_ Oncológicos                      \_\_\_\_\_ Tísicos                      \_\_\_\_\_ Endocrinos

b).- NACIMIENTO (SOLO ASPIRANTES PARA EL NIVEL PREESCOLAR)

Embarazo Normal ( ) Con Problemas ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Parto Normal ( ) Con Problemas ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que usted considere que el área educativa deba estar enterado?

SI  NO

Especifique las acciones que se deban realizar: \_\_\_\_\_

**5.- SERVICIO MEDICO:**

ISSTE \_\_\_\_\_ IMSS \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_

Datos del IMSS Cuando se tiene: No. afiliación del papa \_\_\_\_\_ Clínica No. \_\_\_\_\_ No. afiliación del mama \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Diestro \_\_\_\_\_ Zurdo: \_\_\_\_\_ Ambidiestro \_\_\_\_\_

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

Agudeza Visual: Normal  Deficiente  Usa lentes Graduados

Agudeza Auditiva: Normal  Deficiente

¿Actualmente le administra algún medicamento por prescripción médica?

SI \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

¿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 para ser 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. \_\_\_\_\_