



CENTRO DE EDUCACION INTEGRAL KITZE S.A DE C.V
Camino de las Golondrinas #410
Col, San Jemo 64630
Monterrey, Nuevo León

Fecha: _____ Grado: _____ Inscripción : Material:

DATOS DEL ALUMNO

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento: _____
dd/mm/año Nacionalidad _____ Tipo de Sangre _____

Curp: _____ Lengua materna: _____

¿Practica ya un segundo idioma? SI NO
Si su respuesta es afirmativa indicar cual. _____

¿Ha estado en algún kinder o guardería? SI NO
Si su respuesta es afirmativa indicar cual. _____

¿Es alérgico/a a algún medicamento? SI NO
Si su respuesta es afirmativa especificar en el siguiente renglón.

¿Es alérgico/a a algún alimento? SI NO
Si su respuesta es afirmativa especificar en el siguiente renglón.

¿Padece de alguna enfermedad crónicas? SI NO
Si su respuesta es afirmativa especificar en el siguiente renglón.

¿Es asmático? SI NO
¿Es diabético? SI NO
¿Ha tenido alguna cirugía? SI NO

DATOS DEL PADRE

Nombre Completo: _____
Domicilio: _____ Colonia: _____
C,P _____ Delegación: _____ RFC: _____
Celular: _____ Correo Electrónico: _____
Ocupación: _____ Teléfono de oficina: _____
Domicilio del trabajo: _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre Completo: _____
Domicilio: _____ Colonia: _____
C,P _____ Delegación: _____ RFC: _____
Celular: _____ Correo Electrónico: _____
Ocupación: _____ Teléfono de oficina: _____
Domicilio del trabajo: _____

DATOS DEL PEDIATRA

Nombre: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____

INFORMACION ADICIONAL

En el siguiente renglón, favor de anotar los datos y parentesco de las personas autorizadas para recoger a su hijo/a o con quienes nos podamos comunicar en caso de ser necesario y no encontrar a los padres o tutor.

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____