



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:  acta /cura:

### DATOS DEL ALUMNO

Nombre (s): \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

¿Anteriormente, ha estado en algún kínder 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

Indicaciones especiales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 de las personas autorizadas para recoger a su hijo/a en caso de ser necesario.

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los pagos de inscripción y material no son reembolsables ni transferibles.

Nombre:

Firma de conformidad: