



INSTITUTO MARÍA MONTESSORI APIZACO

FORMATO DE BECAS IMMA

Jesús Carranza No. 1008 Col. Jesús y San Juan Apizaco, Tlax.

C.P. 90358

TEL. (241) 417 87 77

CLAVE: 29PES0056B

CLAVE: 29PBH0064H

ACUERDO: DIRE-ES 044/06

ACUERDO: DIRE-PBM 002/2008



Inscripción: Reinscripción: Fecha: _____

Grado solicitado 1er. ____ 2do. ____ 3ro. ____ Sexo F ____ M ____
1er Sem. ____ 2do Sem. ____ 3er Sem. ____ 4to. Sem. ____ 5to. Sem. ____ 6to. Sem. ____

Datos personales del alumno(a):

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Día Mes Año

E-Mail _____ Teléfono _____

Dirección _____ Número _____

Colonia _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

En caso de emergencia llamar a: _____

Teléfono de Emergencia: _____ Parentesco _____

Correo electrónico _____

Datos del padre o tutor:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Profesión _____ Tel. Particular _____

Tel. Trabajo _____ E-Mail _____

Domicilio

Calle _____ Número _____

Colonia _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Datos de la Madre:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Profesión _____ Tel. Particular _____

Tel. Trabajo _____ E-Mail _____

Domicilio

Calle _____ Número _____

Colonia _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

POR SEGURIDAD DEL ALUMNO Y PARA LA APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR ES DE SUMA IMPORTANCIA, LLENAR EL CUESTIONARIO CON TODA CALMA Y HONESTIDAD

Antecedentes médicos del alumno:

1.- Antecedentes médicos del alumno: _____ Teléfono: _____

2.- Fecha del último examen médico: _____

3.- Causa por la cual se realizó el examen médico: _____

4.- Señales quienes han fallecido por enfermedad del corazón antes de los 50 años:
Padre Madre Hermano Abuelo Ninguno

5.- Escriba cuáles han sido las enfermedades que le hayan sido diagnosticadas o tratadas en el último año

6.- Mencione las intervenciones quirúrgicas a las que ha sido sometido

7.- Anote los medicamentos que haya tomado en los últimos seis meses

8.- Señale el número que corresponda a la frecuencia con que se presente en su hijo los síntomas de
1-Nunca, 2- Poco, 3-Regular, 4-Confrecuencia.

A). Sangrado frecuente
1 2 3 4

B). Dolores abdominales
1 2 3 4

C). Dolor en la espalda baja
1 2 3 4

D). Dolor en brazo(s) u hombros (s)
1 2 3 4

F). Dolor en el pecho
1 2 3 4

G). Adormecimiento del cuerpo
1 2 3 4

H). Desmayos y/o mareos
1 2 3 4

I). Dolor de cabeza
1 2 3 4

J). Cansancio en esfuerzo mínimo
1 2 3 4

9.- Subraya cómo considera que es la alimentación de su hijo.
Excelente Buena Regular

10.- Su hijo realiza ejercicio con regularidad: si() no()

11.- ¿Cuántos días a la semana? _____ ¿Durante qué tiempo? _____ min.

12.- ¿Desde qué edad practica algún deporte? _____ años.

Si considera que exista algún impedimento para que su hijo(a) realice ejercicio, mencione las causas que no hayan sido consideradas en este cuestionario, las cuales podría causarle problemas durante su participación en las actividades de educación física

Hago constar que proporcionaré información de mi hijo(a) para valorar los riesgos al realizar ejercicio físico, por lo tanto, deslindo de toda responsabilidad al profesor del área de educación física en caso de haber omitido alguna información que podría afectar su estado de salud.

En caso de no existir ningún impedimento acepto que mi hijo(a) participe en las actividades físicas.

Nombre y firma del Padre o Tutor