



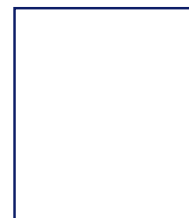
# INSTITUTO MARÍA MONTESSORI APIZACO

## FORMATO PRE-INSCRIPCIÓN

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

C.P. 90358  
CLAVE: 29PES0056B  
ACUERDO: DIRE-ES 044/06

TEL. (241) 417 87 77  
CLAVE: 29PBH0064H  
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:    sí( )                  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