GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ESTADO DE MÉXICO ¡El poder de servir!

ESCUELA PRIMARIA "LIC. IGNACIO RAMÍREZ"
TURNO VESPERTINO C.C.T. 15EPR1453F
CICLO ESCOLAR 2025-2026

Datos del Alumno

Grado al que se inscribe: _____ Fecha de inscripción: ___ ___ ___ (Día Mes Año)

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ___ ___ ___ (Día Mes Año) _____ (Entidad Federativa de Nacimiento) CURP _____

Calle: _____ Número Exterior: _____ Número Interior: _____ Código Postal: _____

Entidad Federativa: _____ Municipio: _____ Colonia: _____ Localidad: _____

Referencia: _____ Entre calles: _____ y _____ Teléfono de Casa: _____

Detección de nutrición	Marcar con una X
Nutrición Normal	
Desnutrición leve	
Desnutrición moderada	
Desnutrición severa	
Sobrepeso	
Obesidad	
No Identificado	

Programa de desayunos Marque con una X	
SI	NO

Grupo Sanguíneo	Marcar con una X
A+	
A-	
AB+	
AB-	
B+	
B-	
O+	
O-	

Derechohabiente 1 Inscrito en:	Marque con una X	Derechohabiente 2 Inscrito en:	Marque con una X
CENTRO DE SALUD / SS		CENTRO DE SALUD / SS	
D.I.F.		D.I.F.	
DISPENSARIO		DISPENSARIO	
GOBIERNO DE LA CDMX / METRO / SSP		GOBIERNO DE LA CDMX / METRO / SSP	
GRATUIDAD / HOJA DE GRATUIDAD		GRATUIDAD / HOJA DE GRATUIDAD	
IMSS		IMSS	
ISSEMYM Y OTROS SISTEMAS DE SEGURIDAD ESTATALES		ISSEMYM Y OTROS SISTEMAS DE SEGURIDAD ESTATALES	
ISSFAM / MILITAR		ISSFAM / MILITAR	
NINGUNO		NINGUNO	
PEMEX		PEMEX	
SEGURO PARTICULAR / PRIVADO		SEGURO PARTICULAR / PRIVADO	
SEGURO POPULAR (INSABI)		SEGURO POPULAR (INSABI)	
SIMILARES / GENÉRICOS		SIMILARES / GENÉRICOS	
ISSSTE		ISSSTE	

Tiene cartilla de vacunación	Marque con una X	
	SI	NO

Tiene alguna restricción legal	Marque con una X		Describir	
	SI	NO		

El alumno (a) cuenta con el Programa de Desayuno Escolar Frío	Marque con una X		Programa de Desarrollo Social Familias Fuertes con Útiles Escolares	Marque con una X		Otro Programa ¿Cuál?	Marque con una X	
	SI	NO		SI	NO		SI	NO

Estatura		Peso		Usa lentes:	SI	NO	Usa zapato Ortopédico	SI	NO

Vacunas Faltantes, ¿Cuáles?	Padecimiento o Alergia	Es Zurdo	Usa Aparato Auditivo
	SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI ( ) NO ( ) ¿CUAL? Marque con una X							
MOTRIZ	( )	HIPOACUSIA	( )	SÍNDROME DOWN	( )	TDG DESINTEGRATIVO	( )
INFANTIL MÚLTIPLE	( )	SORDERA	( )	BAJA VISIÓN	( )	AUTISMO	( )
INTELECTUAL	( )	SORDO CEGUERA	( )	ASPERGER	( )	MOTRIZ ASOCIADA A DAÑO NEUROLÓGICO	( )

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR UNA DISCAPACIDAD, ANEXAR DOCUMENTAL QUE LO ACREDITE
¿TIENE ENFERMEDAD O PRECAUCIÓN A TENER EN CUENTA?
ESTADO CLÍNICO (SANO O CON DIAGNÓSTICO DE):
ENFERMEDADES PADECIDAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:
ENFERMEDADES PADECIDAS CON MAYOR FRECUENCIA:
RECOMENDACIONES PARA CUIDAR LA SALUD DE SU HIJO (A)

¿El alumno cuenta con los siguientes apoyos para su aprendizaje?	SI	NO
Computadora de escritorio o portátil		
Tablet		
Internet		
Televisión de paga		
Televisión abierta		
Radio		

Preguntas:
¿Cuántas personas viven en su casa? _____
¿Tiene alguna alergia? _____
Descripción de la alergia: _____
¿Tiene alguna enfermedad crónica? _____
Descripción de la enfermedad crónica: _____
Con quien vive Padre, Madre, Ambos: _____
¿Quién sostiene económicamente la casa? _____
¿Cuál es la escuela de procedencia? _____
C.C.T. de la escuela de donde proviene: _____

Promedios de los grados cursados	1°		2°		3°		4°		5°	

¿Tiene hermanos en la escuela, en qué grado y cuántos?	1°		2°		3°		4°		5°		6°	

DATOS DEL CONTACTO 1

Padre, Madre o Tutor (Nombre): _____ Parentesco: _____

CURP | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Responsable del menor: Marque con una X	SI	NO	Recoge al menor: Marque con una X	SI	NO	Se considera perteneciente a un grupo indígena: ¿Cuál?	SI	NO	Habla alguna lengua indígena: ¿Cuál?

Calle: _____ Número Exterior: _____ Número Interior: _____ Código Postal: _____
Entidad Federativa: _____ Municipio: _____ Colonia: _____ Localidad: _____
Referencia: _____ Entre calles: _____ y _____ Teléfono de Casa: _____
Teléfono Celular: _____ Estado Civil: _____ Correo Electrónico: _____
.

NIVEL DE ESTUDIOS

OCUPACIÓN (ES)

En caso de Emergencia autorizo a: (Nombre y apellidos)	Parentesco y número de teléfono

DATOS DEL CONTACTO 2

Padre, Madre o Tutor (Nombre): _____ Parentesco: _____

CURP

Responsable del menor: Marque con una X	SI	NO	Recoge al menor: Marque con una X	SI	NO	Se considera perteneciente a un grupo indígena: ¿Cuál?	SI	NO	Habla alguna lengua indígena: ¿Cuál?

Calle: _____ Número Exterior: _____ Número Interior: _____ Código Postal: _____
Entidad Federativa: _____ Municipio: _____ Colonia: _____ Localidad: _____
Referencia: _____ Entre calles: _____ y _____ Teléfono de Casa: _____
Teléfono Celular: _____ Estado Civil: _____ Correo Electrónico: _____

NIVEL DE ESTUDIOS

OCUPACIÓN (ES)

En caso de Emergencia autorizo a: (Nombre y apellidos)	Parentesco y número de teléfono

Aviso de Privacidad
"Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados, según corresponda, en los Sistemas de Datos Personales que administran la autoridad educativa federal y las autoridades educativas locales, denominados "Registro Nacional de Alumnos" (**RNA**) y "Registro Nacional de Emisión, Validación e Inscripción de Documentos Académicos" (**RODAC**), sistemas que han sido debidamente inscritos en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (**IFAI**), con fecha 8 de julio de 2009 –www.ifai.org.mx-
Leyenda de Consentimiento para el Tratamiento de Datos
"De igual forma **SÍ** ( ) **NO** ( ) autorizo a las autoridades educativas y directivos escolares para que los datos personales que se recaben con objeto del presente formato, puedan ser difundidos públicamente o transferidos a otras autoridades e instituciones educativas y no educativas, con el fin de que sea posible validar la autenticidad de los certificados, diplomas, títulos o grados que se expidan a mi favor. En estos casos, solo serán publicados los datos mínimos indispensables para realizar la verificación de autenticidad del documento, y de ninguna manera se difundirán datos sensibles."

Lugar y fecha de elaboración:

_____ a _____ de _____ de 2025.

Nombre y firma del Padre, Madre o Tutor:

_____ _____

Nombre **Firma**