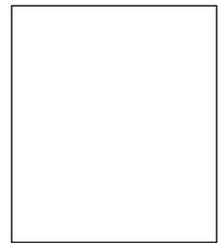




SUBSECRETARÍA DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR
Dirección General Tecnológica Industrial
Centro de Bachillerato Tecnológico industrial y de servicios No. 196
"Gral. Alfredo Breceda Mercado"



SOLICITUD DE NUEVO INGRESO CICLO ESCOLAR 2025-2026

DATOS GENERALES:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

SEXO: MUJER: HOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO: _____

CURP: _____ ESTADO CIVIL: _____

TELEFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE Y TELEFONO DE UN FAMILIAR: _____

DOMICILIO ACTUAL:

CALLE Y NÚMERO: _____ COLONIA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

ANTECEDENTES ESCOLARES:

ESCUELA SECUNDARIA: _____ CLAVE: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

AÑO DE INICIO: _____ AÑO DE TÉRMINO: _____ PROMEDIO: _____

DATOS FAMILIARES:

EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES, FAVOR DE PONER LOS DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE Y PARENTESCO

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

OCUPACION: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

CELULAR: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

OCUPACION: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

CELULAR: _____

TELEFONO DE TRABAJO: _____

ESPECIALIDAD A INGRESAR: _____

FICHA _____

GRUPO _____

DATOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Marque "SI" o "NO" en cada uno de los recuadros, según sea tu caso:

Enfermedades	Sí	No
Diabetes tipo 1		
Diabetes tipo 2		
Hipertensión arterial		
Asma		
Obesidad		
Colesterol alto		
Enfermedad renal crónica		
Artritis reumatoide juvenil		
Lupus eritematoso sistémico		
Cáncer		
Epilepsia		

¿Cuentas con algún diagnostico medico de...?	Sí	No
Depresión		
Ansiedad		
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)		
Trastorno bipolar		
Esquizofrenia		
Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)		
Dislexia		
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)		
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)		
Autismo		

¿Llevas algún seguimiento de tu diagnostico? SI ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ NO

¿Tomas algún medicamento y cuentas con la receta médica? SI ¿Cuál/ cuáles? _____ NO

¿Usas lentes, requieres apoyo auditivo o apoyo motriz (silla de ruedas, bastón, muletas)? SI ¿Cuál? _____ NO

¿Llevas actualmente algún acompañamiento psicológico? SI NO

¿Has llevado algún acompañamiento psicológico anteriormente? SI ¿Cuánto tiempo lo llevaste? NO

¿Existe alguna información extra sobre tu estado de salud o padecimientos que debemos saber? NO SI

DESCRIBELO _____

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en este formato es completa y verídica. Asimismo, me comprometo a notificar al plantel sobre cualquier cambio relevante en el estado de salud del alumno, así como cambio en números telefónicos para localización.

Reconozco que la omisión, falsedad o alteración de datos podría poner en riesgo la atención adecuada de mi hijo(a) y, por lo tanto, libero de toda responsabilidad al plantel educativo y a su personal en caso de presentarse alguna situación derivada de dicha omisión. Generando a la vez el compromiso de que al momento de una emergencia, acudiré de forma inmediata al plantel.

**FIRMA Y SELLO DE ORIENTACION
EDUCATIVA**

MATAMOROS, COAHUILA A ____ DE _____ DE 2025
 NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL _____
 FICHA _____ GRUPO _____