Pegar aquí foto infantil **actual** del estudiante.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del estudiante: _____

¿Con cuál servicio médico cuenta el estudiante? **(Encierra la respuesta que corresponda)**

IMSS. ISSSTE. PARTICULAR. IMSS-BIENESTAR. NINGUNO. OTRO: _____

¿El estudiante padece alguna enfermedad severa que le impida realizar alguna actividad física?

SI. Especifique cual: _____ NO.

Domicilio actual: _____
Calle. No. Colonia

Nombre del Padre o Tutor:

_____Teléfono: _____
Nombres (s) Apellidos

Trabajo o Empleo del Padre o tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Madre o Tutora:

_____Teléfono: _____
Nombres (s) Apellidos

Trabajo o Empleo la Madre o tutora: _____ Teléfono: _____

Especifique ¿si el estudiante en la primaria estuvo siendo atendido por maestro USAER? _____
(En caso de que SI, anexar comprobante)

NOTA: Acepto que los datos que proporciono son verídicos y que podrán ser utilizados por la Dirección de la escuela cuando se requiera.

_____ _____
Firma de la madre o Tutora. Firma del Padre o Tutor.