

Instrucciones

- Lee cuidadosamente antes de llenar. Completa el formato con letra clara y legible, sin tachaduras, utilizando pluma de tinta azul o negra.
- Usa solo MAYÚSCULAS y sin espacios entre caracteres.
- Evita confundir números y letras similares.
- Escribe los **18 caracteres** de la CURP en MAYÚSCULAS, sin espacios ni errores.
- Para la clave de la escuela asegúrate de escribir todos los caracteres correctamente, sin omitir números y/o letras.

Datos de la alumna o alumno

Primer apellido:	Segundo apellido (opcional):	Nombre(s):
Clave Única de Registro de Población (CURP):		
 		
Sexo:		
<input checked="" type="radio"/> Masculino		<input checked="" type="radio"/> Femenino
Fecha de nacimiento:	Grado:	Grupo:
Año cuatro dígitos	/ Mes dos dígitos	/ Día dos dígitos

Datos de la escuela

Clave de la escuela	Nombre de la escuela:	Turno:
 		
Entidad Federativa:	Alcaldía o Municipio:	Localidad:
 		

Datos de la madre, padre o tutor

Primer apellido:	Segundo apellido (opcional):	Nombre(s):
 		
Número de teléfono:	Correo electrónico:	Relación con el menor:
 		<input checked="" type="radio"/> Madre, Padre <input checked="" type="radio"/> Tutor

Peso y talla

Peso:	Talla:
_____ . _____ kg	cm

No se autorizó el llenado de la sección

Agudeza visual

¿Usa lentes?:	Ojo izquierdo (selecciona solo una opción):	Ojo derecho (selecciona solo una opción):
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1. 20/200 <input type="radio"/> 5. 20/30	<input type="radio"/> 1. 20/200 <input type="radio"/> 5. 20/30
	<input type="radio"/> 2. 20/100 <input type="radio"/> 6. 20/20	<input type="radio"/> 2. 20/100 <input type="radio"/> 6. 20/20
	<input type="radio"/> 3. 20/70 <input type="radio"/> 7. 20/15	<input type="radio"/> 3. 20/70 <input type="radio"/> 7. 20/15
	<input type="radio"/> 4. 20/50 <input type="radio"/> 8. 20/10	<input type="radio"/> 4. 20/50 <input type="radio"/> 8. 20/10

No se autorizó el llenado de la sección

Salud bucal

Enseña al menor la técnica de cepillado dental:	Aplicación de barniz o gel de flúor:	Presenta caries dental:
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

No se autorizó el llenado de la sección

