



Instrucciones

1. Lee cuidadosamente antes de llenar. Completa el formato con letra clara y legible, sin tachaduras, utilizando pluma de tinta azul o negra.
2. Usa solo MAYÚSCULAS y sin espacios entre caracteres.
3. Evita confundir números y letras similares.
4. Escribe los **18 caracteres** de la CURP en MAYÚSCULAS, sin espacios ni errores.
5. 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 type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Fecha de nacimiento:	Grado:	Grupo:
Año <input type="text"/> / Mes <input type="text"/> / Día <input type="text"/> <small>cuatro dígitos dos dígitos dos dígitos</small>		



Datos de la escuela

Clave de la escuela	Nombre de la escuela:	Turno:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entidad Federativa:	Alcaldía o Municipio:	Localidad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Datos de la madre, padre o tutor

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



Peso y talla

☐ No se autorizó el llenado de la sección

Peso:	Talla:
<input type="text"/> . <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm



Agudeza visual

☐ No se autorizó el llenado de la sección

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



Salud bucal

☐ No se autorizó el llenado de la sección

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