



COLEGIO CELESTIN FREINET

"Formando Individuos y Transformando el Mundo"

SECCIÓN PRIMARIA, CLAVE 20PPR01711

Privada Tulipanes # 104, Col. Nochebuena, Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca
Tel. 35 1 91 66, Cel. 951 186 02 47 www.cfneinet.edu.mx info@cfneinet.edu.mx

IEEPO

Instituto Estatal de
Educación Pública
de Oaxaca

CICLO ESCOLAR 2018-2019

NO. FOLIO. _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

FECHA DE PRE-INSCRIPCION: ____/____/____ FECHA DE INSCRIPC: ____/____/____ FECHA DE INGRESO: ____/____/____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ AÑOS: ____ MESES: ____ SEXO: ____
DD MM AA (AÑOS Y MESES CUMPLIDOS AL PRIMERO DE SEPTIEMBRE)

GRADO: _____ GRUPO: _____ TIPO DE SANGRE: _____

ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____

SABE LEER Y ESCRIBIR: SI ☐ NO ☐ OTRO _____
(SOLO PARA ASPIRANTES A 1ER GRADO)

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

FOTO

DATOS DEL PADRE ** ☐

NOMBRE(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

VIVE CON EL ESTUDIANTE SI ☐ NO ☐ OTRO: _____ PERSONA AUTORIZADA SI ☐ NO ☐

LUGAR DONDE TRABAJA: _____

(EMPRESA, NEGOCIO, OFICINA ETC.)

LOCALIDAD

CARGO: _____ TEL. DEL TRABAJO: _____

TEL. DE CASA: _____ TEL. CELULAR: _____

DOMICILIO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FOTO

DATOS DE LA MADRE ** ☐

NOMBRE(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

VIVE CON EL ESTUDIANTE SI ☐ NO ☐ OTRO: _____ PERSONA AUTORIZADA SI ☐ NO ☐

LUGAR DONDE TRABAJA: _____

(EMPRESA, NEGOCIO, OFICINA ETC.)

LOCALIDAD

CARGO: _____ TEL. DEL TRABAJO: _____

TEL. DE CASA: _____ TEL. CELULAR: _____

DOMICILIO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FOTO

NOTA: EN CASO DE NO ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA, LA INSCRIPCIÓN CADUCA A LOS 15 DÍAS DE HABER INICIADO EL CICLO ESCOLAR.

** Señale a la persona autorizada para recibir información sobre adeudos, calificaciones, desempeño académico, bitácoras y otros relacionados con el estudiante

**DOCUMENTOS ENTREGADOS
PARA REGISTRO DE CONTROL ESCOLAR**

	ORIGINAL	COPIA	OBSERVACIONES
ACTA DE NACIMIENTO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CURP:		<input type="checkbox"/>	_____
CARTILLA DE VACUNACIÓN:		<input type="checkbox"/>	_____
CERTIFICADO MÉDICO:	<input type="checkbox"/>		_____
FOTOS DEL NIÑO:	<input type="checkbox"/>		_____
FOTOS DE LAS PERSONAS AUT	<input type="checkbox"/>		_____
BOLETA DEL GRADO ANTERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CONSTANCIA DE CONDUCTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA ** ☐
Adicional a padre y madre

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TEL. CEL: _____

LUGAR DONDE TRABAJA: _____ TELÉFONO: _____

PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE: _____

FOTO

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA ** ☐
Adicional a padre y madre

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TEL. CEL: _____

LUGAR DONDE TRABAJA: _____ TELEFONO: _____

PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE: _____

FOTO