

FORMATO DE REGISTRO DE ALUMNOS	GRUPO: _____
NOMBRE COMPLETO:_____	
NOMBRE DE PADRE O TUTOR:_____	
FECHA DE NACIMINETO:_____	
GRADO QUE CURSA:_____	
DOMICILIO:_____	
TELEFONO:_____	
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA:_____	
RECOMENDACIONES:_____	

FORMATO DE REGISTRO DE ALUMNOS	GRUPO: _____
NOMBRE COMPLETO:_____	
NOMBRE DE PADRE O TUTOR:_____	
FECHA DE NACIMINETO:_____	
GRADO QUE CURSA:_____	
DOMICILIO:_____	
TELEFONO:_____	
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA:_____	
RECOMENDACIONES:_____	

FORMATO DE REGISTRO DE ALUMNOS	GRUPO: _____
NOMBRE COMPLETO:_____	
NOMBRE DE PADRE O TUTOR:_____	
FECHA DE NACIMINETO:_____	
GRADO QUE CURSA:_____	
DOMICILIO:_____	
TELEFONO:_____	
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA:_____	
RECOMENDACIONES:_____	