

Leche Huevos Cereales Pescado otros _____

Si el alumno es alérgico a algún medicamento, especifique a cual: _____

Usa anteojos _____ problemas visuales _____ Problemas auditivos _____

Apoyos ortopédicos _____ Canalización médica o psicológica _____ Otro _____

Causa de la canalización médica o psicológica: _____

¿El alumno requiere algún tipo de beca? _____ ¿por qué? _____

Ingreso mensual familiar _____ responsable económico _____

Estado civil de los padres _____ El alumno vive con: _____

Personas que viven en el domicilio:

padre madre hermanos ¿Cuántos? _____ cuñados abuelos

tíos padrastro madrastra hermanastros

Número de personas que viven en el domicilio _____

¿Algún miembro de la familia ha fallecido por muerte violenta? _____ Parentesco _____

¿Algún miembro de la familia falleció por COVID-19? _____ Parentesco _____

¿Qué alimentos ingiere el alumno antes de venir a la escuela? _____

La casa donde vive es:

PROPIA RENTADA PRESTADA PAGÁNDOLA OTRO _____

TIPO DE CONSTRUCCIÓN:

LADRILLO BLOCK ADOBE MADERA CONCRETO CARTÓN

Número total de cuartos _____

Servicios:

Agua Luz Drenaje Teléfono Pavimento Internet Cable

Comente si el padre o madre vive o falleció Padre _____ Madre _____

Nombre del padre o tutor _____

Lugar de trabajo _____ **Puesto** _____

Sueldo mensual \$ _____ **Edad** _____ **Grado de estudio** _____

Tel. casa _____ **Tel. celular** _____ **Tel trabajo** _____

Nombre de madre o tutora _____

Lugar de trabajo _____ **Puesto** _____

Sueldo mensual \$ _____ **Edad** _____ **Grado de estudio** _____

Tel de casa _____ **Tel. celular** _____ **Tel. Trabajo** _____

Anote un familiar EXTRA como contacto para emergencias: _____ **tel. de emergencia** _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO _____

EN CASO DE CAMBIO DE NUMERO CELULAR O DE DOMICILIO, DEBE ACUDIR A ACTUALIZAR SUS DATOS EN TRABAJO SOCIAL