

FICHA ACUMULATIVA

Fotografía Alumno (a)

Fotografía Padre, madre ó Tutor

Fotografía persona autorizada para recoger al Alumno (a)

Fotografía persona autorizada para recoger al Alumno (a)

CICLO ESCOLAR DE INGRESO 2025-2026 Ciudad de México, a 1 de septiembre de 2025

DATOS PERSONALES

Alumno (a): _____ Grupo: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)
 CURP: _____ Género: Masculino Femenino Edad cumplida: _____
 Domicilio: _____
 Calle Número Colonia
 Alcaldía C.P. Teléfono Casa Teléfono para Recados
 Teléfono de Emergencia Correo electrónico Institucional

DATOS PARA ACONTECIMIENTOS DE EMERGENCIA

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE LOS TELÉFONO ESTÉN ACTUALIZADOS Y SEAN VERÍDICOS, A FIN DE PODER CONTACTAR A LAS PERSONAS AUTORIZADAS EN UN CASO DE EMERGENCIA.

Nombre de la Persona que será el tutor	Teléfono de Casa	Teléfono de trabajo, Ext.	Celular
Domicilio de Trabajo	Correo electrónico Institucional		Ocupación
Nombre del Padre	Teléfono de Casa	Teléfono de trabajo, Ext.	Celular
Domicilio de Trabajo	Correo electrónico Institucional		Ocupación
Nombre de la Madre	Teléfono de Casa	Teléfono de trabajo, Ext.	Celular
Domicilio de Trabajo	Correo electrónico Institucional		Ocupación
Persona autorizada para recoger al menor	Parentesco	Teléfono de Casa	Celular
Persona autorizada para recoger al menor	Parentesco	Teléfono de Casa	Celular

Si la persona que acude al Plantel no está registrada en este apartado, por ningún motivo podrá recibir información ni se le autorizará retirar al alumno del Plantel, por lo que es importante considerar la disponibilidad de las personas que usted registre.

DATOS ESCOLARES

Escuela Primaria de egreso Promedio Año de Ingreso Año de Egreso
 Escuela Secundaria de Procedencia Entidad Alcaldía o Municipio

Motivo de la Separación de esa Institución: _____
 Apoyos: Psicológica Pedagógica Psiquiátrica Educación Especial UDEEI CAM
 Tiempo de atención: _____ Continúa con apoyo: SI NO Toma fármacos: SI NO
 Existe Informe de seguimiento: SI NO
 Dificultades en el aprendizaje: Lectura Escritura Comprensión Lectora Asignatura de Matemáticas
 Otras (Describa cuáles): _____
 Cuenta con algún tipo de Beca: SI NO Mencione cuál y quién se lo otorgó: _____

DATOS DE SALUD *Si el o la alumno (a) presenta alguna enfermedad, favor de anexar el documento médico que respalde el diagnóstico.*

Peso _____ Talla _____ Tipo de sangre _____
 Servicio Médico que utiliza: ISSSTE IMSS SSA SEGURO POPULAR PARTICULAR OTRO
 Discapacidad: Motora Lenguaje Auditiva Intelectual Problemas de nutrición Visual TDA-H
 Indique si utiliza lentes o aparatos ortopédicos: SI NO Padece alguna enfermedad: SI NO DX. _____
 Recibe tratamiento Médico: SI NO En donde: _____
 Otras: _____
 Si en la escuela se presenta alguna crisis debido a la enfermedad, describa de qué manera se debe actuar: _____

DATOS PSICOPEDAGÓGICOS

Describa algún problema de conducta que haya repercutido en su proceso de aprendizaje:

Capacidades, habilidades y/o aptitudes a considerar: _____
 En que aspectos ha sobresalido en alumno: Culturales Deportivos Artísticos De conocimientos
 ¿Cuáles?: _____

