

Ficha de Inscripción

CURSO: _____

HORARIO: _____ DIAS: _____

NOMBRE COMPLETO _____ FECHA DE NAC. _____

CURP _____ DOMICILIO _____

COLONIA _____ MUNICIPIO _____

CODIGO POSTAL _____ TEL. CASA _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ TEL: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ TEL: _____

ANTECEDENTES MEDICOS: _____

ALERGIAS _____

DEPENDENCIA MEDICA: _____ AFILIACION _____

TELEFONO: _____ TIPO DE SANGRE _____ GRUPO (RH) _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____

PARENTESCO _____ TELEFONO: _____

FIRMA DE LA MADRE, EL PADRE O TUTOR

COLIMA, COL, A _____ DE _____ DE 20_____

COORDINADOR (A) DE LA UNIDAD DE SERVICIOS INFANTILES (USI)