



# Colegio Cultural Mexicano Americano

“Comprometidos con la excelencia académica y formativa”

Preescolar y Primaria Menor  
Delicias 1707 Col. Mitras Centro  
Teléfono 83.48.03.62

Primaria Mayor y Secundaria  
Delicias 1646 Col. Mitras Centro  
Teléfono 83.46.75.30 y 83.47.69.22

KINDER

PRIMARIA

SECUNDARIA

## SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Matrícula \_\_\_\_\_ Grado a ingresar \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_

### I. DATOS DEL ALUMNO(A):

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Entre calles \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### II. DATOS FAMILIARES:

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)  
En caso de Tutor (Parentesco) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO  
Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Grado máximo de estudios \_\_\_\_\_  
Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Dirección de la empresa \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO  
Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Grado máximo de estudios \_\_\_\_\_  
Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Dirección de la empresa \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
El solicitante vive con Papá  Mamá  Ambos  Otro

PERSONA RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE COLEGIATURA, INSCRIPCIONES Y GASTOS DEL ALUMNO:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Acepto de conformidad Firma \_\_\_\_\_

**III. HERMANOS:**

Nombre	Edad	Escuela	Grado

ANTECEDENTES MÉDICOS

**IV. DATOS DEL MÉDICO:**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
¿Tiene seguro de gastos médicos? Sí  No   
¿Otro tipo de seguro? IMSS  ISSSTE  ISSSTELEON  SECCION 50  OTRO  ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
¿En caso de emergencia a que hospital acudir? \_\_\_\_\_

**V. DATOS DE UN FAMILIAR O PERSONA DE CONFIANZA EN CASO DE EMERGENCIA:**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Actividades Extraescolares que practica \_\_\_\_\_  
¿Qué vacunas se le han aplicado? \_\_\_\_\_  
Antecedentes Personales del alumno, padecimientos anteriores: Asma, Rubeola, Hepatitis, etc. \_\_\_\_\_  
¿Padece alguna alergia? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Tiene algún otro tipo de padecimiento? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Intolerancia a algún medicamento? \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna deficiencia en la vista? \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna deficiencia en el habla? \_\_\_\_\_  
¿Tiene algun impedimento físico? \_\_\_\_\_  
¿Ha sufrido lesiones graves por accidentes? \_\_\_\_\_  
¿Ha sido operado? \_\_\_\_\_  
Si su respuesta en alguna de las seis preguntas anteriores es afirmativa, especifique el tipo de padecimiento y en su caso las causas y fechas correspondientes  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad crónica que requiere tratamiento continuo o por largo tiempo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

¿Está sometido actualmente a algún tratamiento médico como consecuencia de algunas de las enfermedades anteriores?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha permanecido el alumno en tratamiento médico continuo por más de 6 meses?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manifestamos que deslindamos al colegio de responsabilidad respecto a la enfermedad que padece mi hijo (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dándome por enterada que el colegio solo procederá a llamarnos en caso de emergencia para que nosotros lo traslademos y se le brinde la atención requerida.

Autorizo a que en el colegio, previo aviso, administren tempra a mi hijo (a) en caso de ser necesario.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Nota:** A través de la presente informo que acepto, he leído y estoy de acuerdo en que los datos personales otorgados al Responsable, sean tratados de conformidad al Aviso de Privacidad contenido en la página web: [www.ccma.edu.mx](http://www.ccma.edu.mx) y de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.**

**Es de mi conocimiento que los pagos realizados al colegio (inscripción, mensualidad, eventos, extracurriculares, visitas, etc.) no son reembolsables ni transferebles.**

Certifico que toda la información arriba mencionada es exacta a mi entender.

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre de la madre

\_\_\_\_\_  
Departamento de Admisiones