



**INSTITUTO
BLAS PASCAL**
EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA SUPERIOR

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

I. INFORMACIÓN PERSONAL

ALUMNO (A):

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Dirección: _____			
Calle y No.	Colonia	Ciudad	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Tipo de sangre
Religión	Grado al que ingresa (1°, 2°, 3°...)	Nivel educativo al que ingresa (Preescolar, prim., sec., prep.)	

PADRE: _____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

¿Vive con su hijo (a)? Sí () No () Religión: _____

Dirección: _____
Calle y No. Colonia Ciudad

Estado Civil: Casado () Soltero () Divorciado () Viudo ()

Ocupación: _____ Empresa: _____

Dirección de la empresa: _____

¿Es negocio propio? Sí () No ()

Los datos que a continuación proporcione, serán nuestro medio de comunicación oficial, especifique claramente mayúsculas, guiones o caracteres:

Correo electrónico _____

Teléfono de casa

Teléfono trabajo

Teléfono celular y/o WhatsApp

MADRE: _____
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

¿Vive con su hijo (a)? Sí () No () Religión: _____

Dirección: _____
Calle y No. Colonia Ciudad

Estado Civil: Casado () Soltero () Divorciado () Viudo ()

Ocupación: _____ Empresa: _____

Dirección de la empresa: _____

¿Es negocio propio? Sí () No ()

Los datos que a continuación proporcione, serán nuestro medio de comunicación oficial, especifique claramente números, mayúsculas, guiones o caracteres:

Correo electrónico _____

Teléfono de casa

Teléfono trabajo

Teléfono celular y/o WhatsApp

Nombre de los hermanos (as) del alumno (a) y sus edades:

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Personas autorizadas para atender y/o recoger al alumno (a) en su ausencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Referencias personales

Mencione los nombres de 2 personas (No familiares) que den referencia de Usted:

Nombre: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Tel: _____

Comentarios de su situación familiar que pudiesen afectar la conducta del alumno (a):

II. ESCOLARIDAD.

Escuela de procedencia _____ Grados que cursó ahí: _____

El alumno (a) tiene algún problema físico o de aprendizaje: Sí () No ()

Especifique: _____

El alumno (a) ha recurrido algún grado escolar: Sí () No ()

Especifique: _____

El alumno (a) ha sido expulsado, suspendido o no admitido por alguna Institución educativa: Sí () No () Especifique: _____

III. SALUD.

Los alumnos (as) que presenten alguna necesidad educativa especial, deberán anexar el diagnóstico expedido por el profesional correspondiente.

El alumno (a) tiene servicio médico: Sí () No () En caso afirmativo señale cual:

IMSS () ISSSTE () Pensiones () Particular () Otro () _____

Número de afiliación: _____

El alumno(a) padece alguna alergia o enfermedad crónica: Sí () No ()

Especifique: _____

Toma algún tipo de medicamento para control de alguna enfermedad: Sí () No ()

Especifique: _____

Estatura en cm: ____ Calzado en número entero mexicano: ____ Cintura en cm: ____

Talla de pantalón en número: ____ Talla de camisa en número: ____ Peso en kg: _____

IV. FACTURACIÓN.

En caso de requerir factura se deberá anexar a la presente, la constancia de situación fiscal actualizada. Para la emisión oportuna de su factura, deberá enviar su comprobante de pago al correo electrónico reportapagosibp@gmail.com antes del día 30 de cada mes.

Correo electrónico para recibir su factura: _____

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y fidedigna.

Firma del Padre

Firma de la Madre

NOTA:

1. El llenado de esta solicitud debe realizarse en su totalidad, sin dejar espacios en blanco, en el entendido que no garantiza la inscripción de su hijo (a).
2. La información proporcionada en esta solicitud es estrictamente confidencial.
3. El Instituto Blas Pascal, A.C. se reserva el derecho de admisión.



**INSTITUTO
BLAS PASCAL**
EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA SUPERIOR

**COMPROBANTE DE CONFORMIDAD DEL
ACUERDO ESCOLAR DE CONVIVENCIA**

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO BLAS PASCAL A.C.

P R E S E N T E:

El suscrito padre, madre y/o tutor de familia _____
quien ejerzo la patria potestad y custodia del alumno(a)

Recibo el presente Acuerdo Escolar de Convivencia y manifiesto que estoy de acuerdo con el contenido del mismo, comprometiéndome a cumplir y hacer cumplir a mi hijo(a), la totalidad de los lineamientos enumerados en dicho documento, durante el tiempo que permanezca oficialmente inscrito (a) en cualquier nivel educativo que oferte el I.B.P.

Grado y nivel al que ingresa: _____.

Nombre del Padre o Tutor

Firma del Padre o Tutor

Nombre de la Madre o Tutora

Firma de la Madre o Tutora

Nombre del receptor de documentos

Firma del receptor de documentos