



CENTRO SUPERIOR DE PEDAGOGÍA MENTOR MEXICANO

LIC. PREESCOLAR LIC. PRIMARIA LIC. CIENCIAS DE LA EDU. POSGRADO

FOTOGRAFÍA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR	NIVEL	CARRERA	N.º DE MATRÍCULA
¿Cómo se enteró del Centro Superior de Pedagogía Mentor Mexicano?			
Volante <input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Cuál?: <input type="text"/> Otro: <input type="text"/>			
Nombre del Alumno:			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre (s)		Promedio calificación	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Escuela de procedencia		Promedio calificación	
DÍA	MES	AÑO	CIUDAD O MUNICIPIO Y ESTADO
CURP		Correo electrónico	
Nacionalidad		Pública: <input type="checkbox"/> Privada: <input type="checkbox"/>	
Edad		Estado Civil	
Tiene hijos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		No. hijos: <input type="text"/>	
Tipo de lateralidad: Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/>		Especifique idioma: <input type="text"/>	
¿Habla un segundo idioma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique idioma: <input type="text"/>	
DATOS MÉDICOS			
Visual: ¿Necesidad de lentes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de sangre: <input type="text"/>	
Alergias a medicamentos y/o alimentos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique: <input type="text"/>	
¿Padece alguna enfermedad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique: <input type="text"/>	
¿Toma algún medicamento de forma permanente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique: <input type="text"/>	
¿Padece alguna discapacidad física, visual, auditiva o intelectual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique: <input type="text"/>	
DATOS DE DOMICILIO			
Calle: <input type="text"/>		Número: <input type="text"/>	
Fracc./ Colonia: <input type="text"/>		EXTERIOR INTERIOR	
Ciudad o municipio: <input type="text"/>		Código postal: <input type="text"/>	
CONTACTO DE EMERGENCIA			
En caso de emergencia contactar a:			
Nombre completo: <input type="text"/>		Teléfono: <input type="text"/>	
Parentesco: <input type="text"/>		Teléfono: <input type="text"/>	
Nombre completo: <input type="text"/>		Teléfono: <input type="text"/>	
Parentesco: <input type="text"/>		Teléfono: <input type="text"/>	
N.º de personas que viven en casa: <input type="text"/>		Parentesco	
Familiares exalumnos del Colegio: <input type="text"/>		Nombre completo	
		Generación	
DATOS PARA FACTURACIÓN			
Requiere factura: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre completo, denominación o razón social: <input type="text"/>			
Dirección: <input type="text"/>			
RFC: <input type="text"/>		Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/>	
Teléfono: <input type="text"/>		Correo electrónico: <input type="text"/>	
*Anexar copia simple de cedula fiscal actualizada en caso de requerir factura.			
En caso de no requerir factura, nombre de quien será dirigido el recibo de pago: <input type="text"/>			

Al firmar y ser aceptada mi solicitud, manifiesto conocer y cumplir con el pago de las cuotas de inscripción, colegiaturas y vacaciones fijadas por el Mentor Mexicano en las fechas, modos y plazos que están establecidos. Mi demora en el pago de estos causará los recargos correspondientes.

Me comprometo a cumplir las normas del reglamento interno, así como disposiciones vigentes del nivel educativo al que pertenezco del cual tengo conocimiento y acepto.

Firma del Alumno

Tijuana, B. C. a _____ del mes de _____ de _____.