



Expediente personal Niña / Niño CAIC

NOMBRE DEL CAIC: _____ **GRADO:** _____ **GRUPO:** _____ **CLAVE** _____

DATOS GENERALES (LLENAR TODOS LOS CAMPOS)

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(a): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ENFERMEDADES QUE HA TENIDO: _____

ENFERMEDADES FRECUENTES: _____ ALERGIAS: _____

¿CUALES SON SUS HABITOS, COSTUMBRES DE ALIMENTACION Y SUEÑO? _____

¿COMO ES SU HIJA O HIJO? _____

UNIDAD MÉDICA A LA QUE ACUDE: _____

TIPO DE SANGRE: _____ PESO (KG): _____ TALLA (CM): _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

OCUPACION: _____ TELEFONO: _____

CURP: _____ RFC: _____

DIRECCION CALLE Y NÚMERO: _____

ENTRE CALLES: _____ COLONIA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

OCUPACION: _____ TELEFONO: _____

CURP: _____ RFC: _____

DIRECCION CALLE Y NÚMERO: _____

ENTRE CALLES: _____

COLONIA: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONOS DE OTRAS PERSONAS RESPONSABLES DEL NIÑO (A)

1.-

2.-

3.-

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DEL GRUPO