



SOLICITUD DE INGRESO

☐ INSCRIPCIÓN ☐ REINSCRIPCIÓN

Plan de pagos elegido: ☐ 12 MESES ☐ 10 MESES ☐ ANUAL ☐ SEMESTRAL

Grado al que solicita

1. DATOS GENERALES

Nombre			Primer apellido			Segundo apellido																		
Fecha de nacimiento			Edad a 1 de Septiembre			Sexo			Nacionalidad			Escuela de procedencia												
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			DÍA	MES	AÑO							<table><tr><td>M</td><td>F</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			M	F								
DÍA	MES	AÑO																						
M	F																							
Domicilio						Colonia			Delegación			Código Postal												
Número total de personas que viven en el hogar (incluyendo al alumno)						Vive con:						☐ PADRE Y MADRE ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ OTROS												
Hermanos en el colegio						Nombre y grado de hermanos/as						☐ SÍ ☐ NO												
☐						☐						☐												

2. DATOS DE LA MADRE (TUTOR/A)

Nombre completo			Estado civil			Grado de estudios			Ocupación		
Domicilio del trabajo			Teléfono del trabajo			Teléfono celular			Correo electrónico		

3. DATOS DE PADRE (TUTOR/A)

Nombre completo			Estado civil			Grado de estudios			Ocupación		
Domicilio del trabajo			Teléfono del contacto			Teléfono celular			Correo electrónico		

4. DATOS MÉDICOS

Tipo de sangre:				RH:		Padece enfermedades crónicas				¿Es alérgico a algún medicamento?			
☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O				☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO		☐ NO ☐ SÍ CUÁL				☐ NO ☐ SÍ CUÁL			
Estado de nutrición:				Agudeza visual:				¿Tiene alguna discapacidad?					
☐ NORMAL ☐ MODERADO ☐ SEVERO				☐ NORMAL ☐ DISMINUIDA ☐ LENTES				☐ AUDITIVA ☐ MOTRIZ ☐ INTELECTUAL ☐ FÍSICA					

5. CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre completo		Parentesco		Teléfono de contacto	

- Aceptación de servicios:** Confirmando que conozco y acepto los servicios, reglamentos y condiciones del Colegio Watson y Crick, A.C., incluidos los términos de pago y las cuotas para el próximo ciclo escolar. ☐ SÍ ☐ NO
- Autorización para fotos y grabaciones:** Autorizo al colegio a tomar fotos y grabaciones de mi hijo/a durante actividades escolares, para ser utilizadas con fines académicos, promocionales e institucionales, incluyendo su difusión en redes sociales. ☐ SÍ ☐ NO
- Autorización para psicopedagogía:** Autorizo al departamento de psicopedagogía a realizar las evaluaciones y seguimientos necesarios para el desarrollo académico y personal de mi hijo/a, asegurando la confidencialidad de la información. ☐ SÍ ☐ NO
- Autorización para asistencia médica:** Autorizo al Colegio Watson y Crick a brindar asistencia médica a mi hijo/a en caso de emergencia y a trasladarlo a la institución médica más cercana, en caso de ser necesario. ☐ SÍ ☐ NO

Ciudad de México a:

DÍA MES AÑO

Firma de madre, padre o tutor/a

Observaciones adicionales: