FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Plantel

_____

Nombre del estudiante

_____

Dirección

_____

Teléfono de contacto 1

_____

Teléfono de contacto 2

_____

Teléfono de contacto 3

_____

_____

_____

Padecimientos, alergias o enfermedades crónicas

_____

_____

Medicamentos que toma de manera permanente

_____

_____

Impedimentos

_____

_____

Tipo de sangre

_____