

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN OBLIGATORIA DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA PRIMER NIVEL DIRECCIÓN DE SECUNDARIAS GENERALES

ESCUELA SECUNDARIA GENERAL "JOSÉ MARÍA LAFRAGUA" C.C.T. 21 DES 0118A | CLAVE ES347-95 | ZONA ESCOLAR 014



HOJA DE DATOS CICLO ESCOLAR 2025-2026

FECHA: _

| NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO | | GRADO | GRUPO | TURNO |
|--|----------|-------|-------|------------|
| | | | | MATUTINO |
| | | | | VESPERTINO |
| NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O TUTOR | | | | |
| | | | | |
| DOMICILIO DONDE HABITA EL ALUMNO (CALLE, NÚMERO, BARRIO O LOCALIDAD, MUNICIPIO) | | | | |
| | | | | |
| INDICAR EL NÚMERO TELEFÓNICO CON WHATSAPP DONDE LE LLEGARÁ INFORMACIÓN IMPORTANTE POR PARTE DE DIRECCIÓN ESCOLAR (este número deberá corresponder a un adulto) | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO DE PAPÁ | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO DE MAMÁ | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO DEL ALUMNO | | | | |
| TELÉFONO DE FAMILIAR CERCANO O PERSONA DE CONFIANZA CON QUIEN COMUNICARNOS (AGREGAR NOMBRE COMPLETO) | | | | |
| MENCIONAR SI EL ALUMNO PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE CUIDADO COMO: | | | | |
| ALERGIAS, ASMA, CRISIS CONVULSIVAS, PADECIMIENTOS DEL CORAZÓN, RIÑÓN, ETC. FAVOR DE | | | | |
| PRESENTAR COPIA DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO. | | | | |
| | | | | |
| ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO DE DOS PERSONAS MAYORES DE EDAD A QUIEN USTED TUTOR AUTORIZA ACUDIR A LA INSTITUCIÓN A <u>RECOGER AL ALUMNO</u> (PRESENTANDO INE), | | | | |
| EN LOS CASOS ESPECIALES EN QUE A USTED NO LE SEA POSIBLE ASISTIR. | | | | |
| PERSONA 1: | | | | |
| PERSONA 2: | | | | |
| MARCAR CON UNA "X"LA TALLA ÚNICA DEL PAQUETE DE UNIFORME OFICIAL ESCOLAR QUE RECIBIRÁ EL ALUMNO (ESTA TALLA ABARCA FALDA/PANTALÓN, PLAYERA Y SUÉTER). | | | | |
| | | | 1 | |
| 6 8 10 12 14 16 28 | 30 32 34 | 36 | 38 | 3 40 |
| | | | | |