



FORMATO DE  
**INSCRIPCIÓN**  
NUEVO INGRESO

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
FECHA

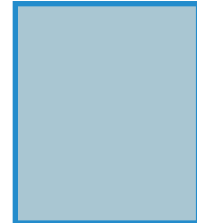
\_\_\_\_\_  
FOLIO

**G C U**

MATRÍCULA \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_



Dudas al 58-40-11-54  
50-63-30-70 Ext. 127

**PROCEDENCIA**

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Centro educativo de procedencia \_\_\_\_\_

Nivel Cursado: \_\_\_\_\_ ¿Estudia actualmente? Sí  No

¿Tiene familiares en la UMA? Sí  No  Parentesco: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO Y CONTACTO**

Calle: \_\_\_\_\_ No INT: \_\_\_\_\_

Del.: \_\_\_\_\_ Col.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**SALUD**

¿El aspirante controla esfínteres? Sí  No

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿El aspirante ha sido integrado con compañeros regulares en aula escolar?  
Sí  No  ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN EMERGENCIA**

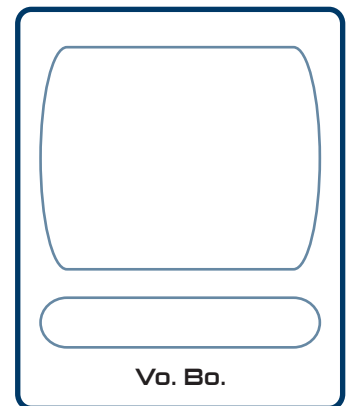
Nombre: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Radio: \_\_\_\_\_

Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Alérgias: \_\_\_\_\_

Alérgias o aspectos de cuidado: \_\_\_\_\_  
Tipo de sangre \_\_\_\_\_



Vo. Bo.