



ALUMNO

**CENSO DE LA POBLACION QUE
OCUPA EL PLANTEL**

PLANTEL: _____
DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____

NOMBRE: _____
CURP: _____ CARRERA: _____
GRUPO: _____

DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

ENFERMEDADES: _____

TRATAMIENTO: _____

TIPO SANGUINEO: _____ ALERGIA: _____

OTROS: _____

<p>NOMBRE Y FIRMA:</p>	<p>REVISO: CONTROL ESCOLAR</p>	<p>FECHA:</p>
------------------------	---	---------------