

**REGISTRO DE INSCRIPCIÓN
PLAN VACACIONAL
CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL**

NOMBRE: _____ CURP: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____ NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

SERVICIO MEDICO: _____ NO. DE AFILIACION: _____

ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD: _____ TIPO SANGUINEO: _____ ALERGIAS: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION: _____

TEL DE CASA: _____ CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____

PARENTESCO: _____ TEL: _____

*Anexar copia de Credencial oficial (INE, Licencia de Manejo, Pasaporte Mexicano, Credencial de Trabajo)

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE Y/o TUTOR

