



# Solicitud de Admisión



Señale el grado que solicita →

Secundaria: 1° ( ) 2° ( ) 3° ( )  
Preparatoria: ( )

Nombre completo del alumno(a):

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Nacionalidad:  Mexicana  Extranjera CURP \_\_\_\_\_

Domicilio (calle y número) \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Asegurado por: ( ) IMSS ( ) ISSSTE ( ) Particular Especificar \_\_\_\_\_

Vive con: ( ) Papá ( ) Mamá ( ) Ambos ( ) Otros Especificar \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven con el alumno(a), incluyéndolo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_

¿Usa lentes? \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Cm Peso \_\_\_\_\_ Kg Tipo de sangre \_\_\_\_\_

¿Enfermedades o condiciones diagnosticadas importantes? \_\_\_\_\_

¿Requiere tomar medicamento? \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de discapacidad? \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

¿Asiste a terapia pedagógica y/o psicológica? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, anote el nombre del especialista que atiende: \_\_\_\_\_

Teléfono y/o correo electrónico del especialista que atiende: \_\_\_\_\_

¿A quién hay que dirigirse para informar sobre el proceso escolar del alumno(a)? \_\_\_\_\_

Patria potestad a cargo de: \_\_\_\_\_

Nivel de idioma inglés:

Básico

Intermedio

Avanzado

Escuela(s) de procedencia:

Primaria:	
Secundaria:	
Otra:	

En caso de no haber estudiado el presente ciclo, indique los motivos: \_\_\_\_\_

**Datos del padre o tutor:**

Nombre completo \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_ Celular / Whatsapp \_\_\_\_\_

Tel. oficina \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_  
Grado máximo de estudios

En caso de tener un domicilio distinto al alumno(a), favor de especificar Calle y No., Colonia, Delegación, C.P.

Entidad Federativa \_\_\_\_\_

**Datos de la madre o tutora:**

Nombre completo \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_ Celular / Whatsapp \_\_\_\_\_

Tel. oficina \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Hobbies u otras ocupaciones: \_\_\_\_\_  
Grado máximo de estudios

En caso de tener un domicilio distinto al alumno(a), favor de especificar Calle y No., Colonia, Delegación, C.P. y Entidad

Federativa \_\_\_\_\_

**Familiar a quien acudir en caso de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tel. casa \_\_\_\_\_ Celular / Whatsapp \_\_\_\_\_

Anote referencias familiares o conocidos que estudien o hayan estudiado en CESP:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Nivel/Grupo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteraron de CESP? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del aspirante

\_\_\_\_\_  
Firma del Papá

\_\_\_\_\_  
Firma de la Mamá

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_