

**SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN DE NUEVO INGRESO AL CICLO ESCOLAR
2019-2020**

SELECCIONE EL NIVEL AL QUE INGRESARÁ EL ASPIRANTE:	<input type="checkbox"/> PREESCOLAR	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/> SECUNDARIA
--	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

ESTE FORMATO ES SÓLO UNA GUÍA DE LLENADO PARA LA PREINSCRIPCIÓN QUE REALIZARÁS EN LÍNEA. NO ES NECESARIO PRESENTARLA EN ALGÚN PLANTEL.

1.- PRIMER APELLIDO:					
2.- SEGUNDO APELLIDO:					
3.- NOMBRE (S):					
4.- CURP:		5.- GÉNERO: (MARQUE CON "X")	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	
6.- FECHA DE NACIMIENTO*:	AÑO: <input type="text"/>	MES: <input type="text"/>	DÍA: <input type="text"/>	7.- PESO KG.: <input type="text"/>	8.- ESTATURA: <input type="text"/>
9.- ENTIDAD DE NACIMIENTO:	CDMX (ANTES DF)	<input type="text"/>	OTRO: <input type="text"/>	ESPECIFIQUE: <input type="text"/>	
10.- DOMICILIO*:	C.P. <input type="text"/>	CALLE: <input type="text"/>		NÚM: <input type="text"/>	
COLONIA:	<input type="text"/>		ALCALDÍA::	<input type="text"/>	
11.- CORREO ELECTRÓNICO (INDISPENSABLE):	<input type="text"/>				
12.- TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR:	<input type="text"/>	FIJO	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>
13.- TIPO DE SANGRE:	<input type="text"/>	14.- ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?: <input type="text"/>
15.- ¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PAÍS:	<input type="text"/>	ENTIDAD:
16.- ¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?:	<input type="text"/>	

17.- ESCUELA SOLICITADA

OPCIÓN	OP	C.C.T.	NOMBRE:	TURNO: (MARQUE CON "X"):		
1RA. OPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MATUTINO	<input type="checkbox"/> VESPERTINO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO
2DA. OPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MATUTINO	<input type="checkbox"/> VESPERTINO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO
3RA. OPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MATUTINO	<input type="checkbox"/> VESPERTINO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO

O.P.: Opción de Preinscripción, C.C.T.: Clave del Centro de Trabajo.

SÓLO PARA SECUNDARIAS:

PARA REALIZAR TU EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE INGRESO A SECUNDARIA (IDANIS), ES INDISPENSABLE PRESENTAR TU COMPROBANTE DE PREINSCRIPCIÓN QUE REALIZASTE EN LÍNEA.

18.- ¿TIENE HERMANOS CURSANDO EN LA ESCUELA DE PRIMERA OPCIÓN*?: (MARQUE E INDIQUE GRADO, GRUPO Y CURP).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	GRADO	GRUPO	
	CURP: <input type="text"/>				
19.- ¿TIENE HERMANOS CON APELLIDOS DIFERENTES AL DEL ASPIRANTE QUE ESTÁ SIENDO REGISTRADO, CURSANDO EN LA ESCUELA DE PRIMERA OPCIÓN*?: (APLICA SÓLO PARA ASPIRANTES DE PREESCOLAR Y PRIMARIA, MARQUE E INDIQUE GRADO, GRUPO, NOMBRE Y CURP).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	GRADO	GRUPO	
	NOMBRE: <input type="text"/>				
	CURP: <input type="text"/>				
20.- ¿CUÁNTOS AÑOS CURSÓ PREESCOLAR*?: (APLICA SÓLO PARA ASPIRANTES DE PRIMARIA Y SECUNDARIA, MARQUE CON "X").	<input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> 1 AÑO	<input type="checkbox"/> 2 AÑOS	<input type="checkbox"/> 3 AÑOS	<input type="checkbox"/> NO SABE

DATOS DE LOS PADRES DE FAMILIA O TUTOR

21.- ¿NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR? INCLUYENDO AL ASPIRANTE:	22.- ¿CON QUIÉN (ES) VIVE EL ASPIRANTE?: (MARQUE CON "X").			
	<input type="checkbox"/> SÓLO PADRE	<input type="checkbox"/> SÓLO MADRE	<input type="checkbox"/> AMBOS	<input type="checkbox"/> OTROS
23.- ¿QUIÉN SOSTIENE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR?:	<input type="checkbox"/> SÓLO PADRE	<input type="checkbox"/> SÓLO MADRE	<input type="checkbox"/> AMBOS	<input type="checkbox"/> OTROS
24.- ESCUELA DE PROCEDENCIA, ESCRIBA EL C.C.T.: (SÓLO PRIMARIA Y SECUNDARIA).	<input type="text"/>			
25.- NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR:	FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/>			
26.- EMPRESA DONDE LABORA*:	<input type="text"/>			
27.- ¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE*?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PAÍS:	<input type="text"/>
			ENTIDAD:	<input type="text"/>

28.- NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS (MARQUE CON "X"):

PADRE O TUTOR		MADRE O TUTORA
	NO SABE LEER	
	SABE LEER SIN INSTRUCCIÓN	
	PRIMARIA INCOMPLETA	
	PRIMARIA COMPLETA	
	SECUNDARIA INCOMPLETA	
	SECUNDARIA COMPLETA	
	CARRERA TÉCNICA	
	BACHILLERATO Y/O TÉCNICO PROFESIONAL	
	LICENCIATURA	
	ESPECIALIDAD O MAESTRÍA	
	DOCTORADO	

* **Se utilizan como criterios para asignar escuela al aspirante.**

† **Datos de quien realiza la solicitud**

- **NOTA:** AL SELECCIONAR UNA ESCUELA, EL ASPIRANTE PUEDE SER ASIGNADO AL TURNO MATUTINO O VESPERTINO DE SUS OPCIONES O ALGUNA CERCANA A ESTAS ESCUELAS CONSIDERANDO LOS LUGARES DISPONIBLES EN CADA PLANTEL.
- La información proporcionada es protegida por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, para mayor información consultar en http://www2.sepdf.gob.mx/contactanos/politicas_de_privacidad.html

Deberás realizar la preinscripción a través de la página:
www.gob.mx/aeefcm

LA REALIZACIÓN DE ESTE TRÁMITE ES GRATUITO