

CENTROS ASISTENCIALES DE DESARROLLO INFANTIL

SOLICITUD INSCRIPCIÓN

EXPEDIENTE _____ TURNO MATUTINO ___ VESPERTINO ___ FECHA _____
 CENTRO _____ TIPO _____ CICLO ESCOLAR _____
 ESTADO _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____
 COORDINADOR ESTATAL _____ COORDINADOR MUNICIPAL _____

DATOS BECARIO

Nombre	Edad	Sexo
Fecha de Nac. (D/M/A)	Nivel Atención (C)	Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/>
Domicilio	Entre Calles	
Teléfono	Colonia	Cartilla Vacunación No.
Municipio	No. de Hermanos en el CAI	
Nombre (s)	Sala (s)	
Tipo de Sangre	Elección de CAI por cercanía	Hogar () Trabajo ()
Alergias	CURP	

DATOS DEL PADRE

Nombre	Ocupación
Escolaridad	
Lugar y Fecha de Nacimiento	
Estado Civil	Casado () Unión Libre () Viudo () Divorciado () Soltero () Otro ()
Domicilio Particular	
Entre Calles	y
Colonia	Municipio
Empresa o Institución que labora	Tipo de Empresa (A)
Antigüedad	Puesto
Jefe Inmediato	Horario 1: Horario 2:
Domicilio	Teléfono
Servicio Médico	I.M.S.S () No.de afiliación I.S.S.S.T.E. () No. de afiliación Otro () Ninguno ()
Ingreso Mensual	Sueldo Comisión Compensación
	Otros Total

DATOS MADRE

Nombre	Estatus (B)
Escolaridad	Ocupación
Lugar y Fecha de Nacimiento	
Estado Civil	Casado () Unión Libre () Viudo () Divorciado () Soltero () Otro ()
Domicilio Particular	
Entre Calles	y
Colonia	Municipio
Empresa o Institución que labora	Tipo de empresa
Antigüedad	Puesto
Jefe Inmediato	Horario 1: Horario 2:
Domicilio	Teléfono
Servicio Médico	I.M.S.S () No.de afiliación I.S.S. No. de afiliación Otro () Ninguno ()
Ingreso Mensual	Sueldo Comisión Compensación
	Otros Total

Responsable Sala o Grupo _____

(A) TIPO DE EMPRESA

- 1.- PRIVADA
- 2.- GOBIERNO FEDERAL
- 3.- GOBIERNO ESTATAL
- 4.- GOBIERNO MUNICIPAL
- 5.- PERSONAL
- 6.- SRÍA. DE EDUCACIÓN
- 7.-SRÍA. DE SALUD

(B) ESTATUS

- 1.- MADRE ADOLESCENTE
- 2.- MADRE EN LA CALLE
- 3.- MADRE ESTUDIANTE

(C) NIVEL DE ATENCIÓN

- 1.- LACTANTE
- 2.- MATERNAL
- 3.- PREESCOLAR

FIRMA PADRE O TUTOR