



Ciclo escolar: _____

Núm. Sol: _____

Solicitud de Alta

(Marque con una X la selección que corresponda)

Preescolar:

Primaria:

Secundaria:

Por Traslado: Estado

Otro

Por evaluación diagnóstica:

Requisitos (anexar copias cotejadas):

	Tipo de alta
Acta de nacimiento	Todos
Boleta de Evaluación	En caso de tener reporte
CURP	Todos
Certificado de nivel	Secundaria
Resolución de revalidación de estudios	Primaria y Secundaria

	Tipo de alta
Constancias de estudios parciales	Todos
Constancia E.E.R (original)	Secundaria
Evaluación Diagnóstica (original)	Primaria
Anexo 3 solicitudes de inscripción o reinscripción	Ed. Básica
Documentos de transferencia del grado cursado	Primaria y Secundaria

Datos del Alumno (a):

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Nombres (s) _____
 Entidad de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____
 CURP: _____ PRONIM: _____ Discapacidad: _____

Datos de la escuela que solicita el alta:

Nombre de la escuela: _____; con clave: _____, zona escolar: _____, grado: _____, grupo: _____, turno: _____; el día _____ del mes de: _____ del año: _____, días de traslado: _____. De tener alguna discapacidad, descríbala o seleccione la más representativa en la hoja "Discapacidad" anexa:

Datos de la escuela de procedencia:

Nombre de la escuela: _____; con clave: _____, grado: _____, grupo: _____, turno: _____; del cual causó baja a partir del día: _____ del mes de: _____ del año: _____; con folio de reporte de evaluación No. _____.

Nombre y firma
Director (a) de la escuela

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Responsable: _____

Sello de la escuela

Sello de recibido

Uso exclusivo de la Dirección de Control Escolar e Incorporación

Cotejo acta CURP (¿coincide?)	
Cotejo de datos con base de datos (¿coincide?)	
¿Alumno con continuidad de ciclos?	
¿Antecedentes escolares capturados?	
Nuevo folio asignado a la boleta de evaluación:	

APROBÓ

En caso de responder NO a algunas preguntas, debe contar con la aprobación del Jefe de Departamento de Control Escolar (Nivel)

Observaciones:

Se autoriza en forma definitiva, por cumplir con los requisitos establecidos

No se autoriza, por incumplir con los requisitos establecidos

Elaboró y ejecutó
Nombre / Firma / Fecha



DISCAPACIDAD

ALUMNO CON DISCAPACIDAD Y DIFICULTADES SEVERAS
(SOLO DEBERÁ SELECCIONAR LA DISCAPACIDAD MÁS REPRESENTATIVA)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> INTELLECTUAL (DI) | <input type="checkbox"/> MOTRÍZ (DMO) |
| <input type="checkbox"/> AUDITIVA SORDERA (SO) | <input type="checkbox"/> AUDITIVA HIPOACUSIA (HP) |
| <input type="checkbox"/> VISUAL CEGUERA (CEG) | <input type="checkbox"/> VISUAL BAJA VISIÓN (BV) |
| <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE (MD) | <input type="checkbox"/> SORDO CEGUERA (SCG) |
| <input type="checkbox"/> MENTAL O PSICOSOCIAL (DME) | |

DIFICULTADES SEVERAS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DE CONDUCTA (DSC) | <input type="checkbox"/> DE COMUNICACIÓN (DSCO) |
| <input type="checkbox"/> DE APRENDIZAJE (DSA) | |

TRASTORNOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) | <input type="checkbox"/> TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) |
|---|---|

APTITUDES SOBRESALIENTES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INTELLECTUAL (ASI) | <input type="checkbox"/> CREATIVA (ASC) |
| <input type="checkbox"/> SOCIOAFECTIVA (ASS) | <input type="checkbox"/> ARTÍSTICA (ASA) |
| <input type="checkbox"/> PSICOMOTRÍZ (ASP) | |

QUIEN LO ATIENDE

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| <input type="checkbox"/> UNIDAD DE SERVICIOS DE APOYO A LA EDUCACIÓN REGULAR (USAER) |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE (CAM) |
| <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE EN CASO DE SER ATENDIDO POR OTRO) |

TIPO DE ATENCIÓN

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ITINERANTE |
| <input type="checkbox"/> PERMANENTE |

¿CON QUE TIPO DE ATENCIÓN CUENTA?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA |
| <input type="checkbox"/> PROPUESTA CURRICULAR ADAPTADA |