



“2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata”

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: \_\_\_\_\_ Sello de la escuela \_\_\_\_\_ Sello de recibido \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Responsable: \_\_\_\_\_

**\*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             |