



Ciudad de los Niños A.C.
ORGANIZACIÓN EDUCATIVA JESUITA

SOLICITUD DE INGRESO A CIUDAD DE LOS NIÑOS AC.

Ciclo Escolar 2024-2025

Fecha de solicitud: _____

N° de solicitud: _____

Matricula asignada: _____ / 20__

Favor de leer la solicitud antes de comenzar su llenado. Y entregarla con la documentación requerida.

FOTO

Datos generales del Aspirante

Apellido paterno	
Apellido materno	
Nombre (s)	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
Lugar de nacimiento	
Religión	
Grado escolar actual y turno	
Grupo sanguíneo	
El niño se encuentra inscrito en el:	IMSS () ISSSTE () OTRO () _____ NINGUNO ()
Número de afiliación	
Última vez que utilizó el seguro (fecha)	

¿El niño padece alguna enfermedad? SI () NO () ¿Cuál?

¿El niño toma algún medicamento? SI () NO () ¿Cuál?

¿El niño ha estado internado? SI () NO ()

Nombre del internado y fecha en que ingresó

¿El aspirante tiene hermanos internados en alguna Institución? SI () NO ()

Nombre del internado y fecha en que ingresaron

¿Cuál es el motivo por el cual desea que el niño ingrese a Ciudad de los Niños?

¿Cómo se enteró del servicio que presta Ciudad de los Niños?

¿Cuántas personas viven en el domicilio?

N° Hombres ()

N° Mujeres ()

¿Con quién vive el candidato? (Ejemplo: Mamá, dos hermanos, abuela)

De las personas que habitan en el domicilio, mencione quiénes trabajan.

Nombre		Parentesco		Ocupación	
Nombre		Parentesco		Ocupación	
Nombre		Parentesco		Ocupación	

Datos de la persona que solicita el ingreso:

1° tutor

2° tutor

Nombre completo		Nombre completo	
Parentesco		Parentesco	
Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Lugar de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Estado civil		Estado civil	
Escolaridad		Escolaridad	
Domicilio (calle y número)		Domicilio (calle y número)	
Entre las calles:		Entre las calles:	
Colonia		Colonia	
Municipio		Municipio	
Código Postal		Código Postal	
Teléfono/ Celular		Teléfono/ Celular	
Correo electrónico		Correo electrónico	
Ocupación		Ocupación	
Horario de trabajo		Horario de trabajo	
Día de descanso		Día de descanso	

El tratamiento de los datos obtenidos mediante esta solicitud se encontrará protegido por los términos de ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición) establecidos por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y se adjuntará a la solicitud el AVISO DE PRIVACIDAD de Ciudad de los Niños.

Nombre y firma de la persona que solicita el ingreso a C.N.

(Para ser llenado por CN)

Documentación entregada:

ACTA DE NACIMIENTO (ORIGINAL)	
CARTILLA DE VACUNACIÓN (ORIGINAL)	
TIPO DE SANGRE (COPIA)	
COMPROBANTE DE SEGURO-IMSS,ISSSTE,OTRO (COPIA)	
CURP (COPIA)	
BOLETA DE BAUTIZO (COPIA)	
BOLETA DE 1° COMUNIÓN (COPIA)	
BOLETA DE CONFIRMACIÓN (COPIA)	
BOLETA DE ESTUDIOS Y/O CONSTANCIA (ORIGINAL)	
2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL BLANCO/NEGRO O A COLOR	
INE 1° Y 2° TUTOR (COPIA)	
COMPROBANTE DE DOMICILIO 1° Y 2° TUTOR (COPIA)	
COMPROBANTE DE INGRESOS (ORIGINAL O COPIA)	
ACTA DE MATRIMONIO O ESTATUS LEGAL DE LOS PADRES (COPIA)	
HISTORIAL MÉDICO (EN CASO DE TOMAR MEDICAMENTO) (COPIA)	

Fecha de recepción: _____

Persona que recibe: _____