



INSTITUTO ESTATAL DE CIEGOS  
Agustín Vera 915, Colonia del Valle  
Teléfono: 8-13-09-28



San Luis Potosí, S.L.P. a: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE INGRESO

INSCRIPCIÓN	CUOTA	PAGADO EN FECHA	MENSUALIDAD	TABULADOR CUOTA
-------------	-------	-----------------	-------------	-----------------

NOMBRE DEL ALUMNO (A): \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ COL: \_\_\_\_\_

ENTRE QUE CALLES: \_\_\_\_\_

TELÉFONO CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

DERECHOHABIENTE A: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

TIPO DE ATENCIÓN SOLICITADA: PRESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) CAPACITACIÓN LABORAL ( ) OTRO ( ) ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

### SERVICIOS DE ASISTENCIA

INTERNO: \_\_\_\_\_ DESAYUNO ( ) COMIDA ( ) CENA ( )

HORARIO Y DÍAS DE SALIDA: \_\_\_\_\_

**(Debe iniciar y terminar el ciclo escolar como interno y sujetarse a las normas de respeto y disciplina necesarias como alumno(a))**

DISCAPACIDAD ASOCIADA: MOTRIZ ( ) LENGUAJE ( ) AUDITIVA ( ) INTELLECTUAL ( )

NEUROLÓGICA ( ) CUÁL: \_\_\_\_\_

HA ASISTIDO A OTRO CENTRO EDUCATIVO: SI ( ) NO ( )

CUÁL: \_\_\_\_\_

GRADO CURSADO: \_\_\_\_\_

TIPO DE APOYO QUE REQUIERE: \_\_\_\_\_

### REGISTRO DE ESTUDIOS MÉDICOS REALIZADOS

MEDICO ESPECIALISTA	ESTUDIO REALIZADO	INSTITUCIÓN	FECHA

EL ALUMNO PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA ( ) INFECCION CONTAGIOSA ( )  
ALERGIA ( ) TRATAMIENTO FARMACEUTICO ( )

### PSIQUIÁTRICO, NEUROLÓGICO, OFTALMOLÓGICO, PEDIÁTRICO

NOMBRE Y ADSCRIPCIÓN DE MÉDICO O ESPECIALISTA QUE ACTUALMENTE LO VALORA:

PEDIATRA: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA MÉDICA ATENDER EN: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES GENERALES: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

DIRECCIÓN GENERAL

---

---