



**ESCUELA DE BACHILLERES
ANTONIO MARIA DE RIVERA DIURNA**



FICHA DE IDENTIFICACION ASESORIA							
CURP:		APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE (S)	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		SEXO	
		DIA	MES	ANO	MEX	OTRA	MASC FEM
DOMICILIO:		LOCALIDAD		CODIGO POSTAL		TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO DEL ALUMNO:							
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR			OCUPACION			PARENTESCO	
						PADRE	MADRE TUTOR
DOMICILIO:		LOCALIDAD		CODIGO POSTAL		TELEFONO	
TELEFONO CELULAR:		CORREO ELECTRONICO (PADRE, MADRE O TUTOR)					
ESCUELA DE PROCEDENCIA DEL ALUMNO PUBLICA <input type="radio"/> PRIVADA <input type="radio"/>				¿PROMEDIO CON EL QUE TE GRADUASTE EN LA SECUNDARIA? <input style="width: 50px;" type="text"/>			
¿CON QUIEN VIVES ACTUALMENTE?							
<input type="checkbox"/> PADRE Y MADRE <input type="checkbox"/> SOLO MADRE <input type="checkbox"/> SOLO PADRE <input type="checkbox"/> PADRE, MADRE Y HERMANOS <input type="checkbox"/> MADRE Y HERMANOS <input type="checkbox"/> PADRE Y HERMANOS				<input type="checkbox"/> SOLO HERMANOS <input type="checkbox"/> OTROS FAMILIARES <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DE TRABAJO O ESTUDIOS <input type="checkbox"/> CONYUGE O PAREJA <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> OTRO (EXPLICA)			
ESTADO CIVIL DEL ESTUDIANTE: SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> UNION LIBRE <input type="radio"/>							
¿TIENES HIJOS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁNTOS? <input style="width: 30px;" type="text"/> ¿TRABAJAS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>							
¿TIENES ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA O FRECUENTE? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?							
¿ERES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?							
¿TIENES ALGUN PROBLEMA AUDITIVO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?							
¿TIENES ALGUN PROBLEMA VISUAL? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?							
¿TIENES SERVICIO MEDICO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?							
GRUPO:		1°	2°	3°	4°	5°	6°
PARAESCOLAR:				CAPACITACION:			
PERIODO ESCOLAR	NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR (A)			PERIODO ESCOLAR	NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR (A)		
1°				4°			
P.E				P.E			
2°				5°			
P.E				P.E			
3°				6°			
P.E				P.E			

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR.
