MATRICULA: | | | | | | | | | | | |

# FICHA PERSONAL DE INSCRIPCIÓN Y CONTRATO DE SERVICIO

## ST. JOSEPH SCHOOL

GRADO AL QUE INGRESA: ____ °

RECOMENDADO POR: _____

FECHA DE ALTA: _____

CICLO ESCOLAR: _____

SEXO: MASC / FEM

| | |
|---|---|
| MATERNAL | |
| PREESCOLAR | |
| PRIMARIA | |
| SECUNDARIA | |
| BACHILLERATO | |

**NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO:** _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CURP: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DÍA / MES / AÑO

DOMICILIO: _____

CALLE Y NÚMERO. FRACC. Y/O COL.

_____

CODIGO POSTAL ESTADO

TELÉFONO PARTICULAR: _____

ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____

**DATOS FAMILIARES:**

**NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:** _____

DOMICILIO: _____

_____

EMPRESA EN LA QUE LABORA: _____ CARGO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELEÉFONO CELULAR: _____

PARENTESCO CON EL ALUMNO: _____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____

**NOMBRE DE LA MADRE:** _____

DOMICILIO: _____

_____

EMPRESA EN LA QUE LABORA: _____ CARGO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELEÉFONO CELULAR: _____

PARENTESCO CON EL ALUMNO: _____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____

MEDIO POR EL CUAL SE ENTERARON DE NOSOTROS: _____

**EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:**

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

**PAGOS:**

No. DE CUOTAS MENSUALES: _____ IMPORTE MENSUAL: _____

FECHA LÍMITE DE PAGO: _____

DOY FE QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON VERACES, ASÍ MISMO RECONOZCO Y ACEPTO EL REGLAMENTO INTERNO Y ME COMPROMENTO A CUMPLIR CON EL PAGO MENSUAL DE LA COLEGIATURA, A MÁS TARDAR LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES.

*POR NINGÚN MOTIVO HABRÁ DEVOLUCIÓN DE PAGOS REALIZADOS*

CONOZCO Y ACEPTO EL AVISO DE PRIVACIDAD DE SAINT JOSEPH SCHOOL A.C.

_____

FIRMA Y NOMBRE DEL PADRE O TUTOR