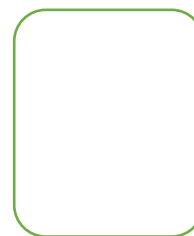


**FICHA DE INSCRIPCIÓN**



**FOLIO** \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ SEXO \_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_ IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL ACTUAL: \_\_\_\_\_ SABE LEER Y ESCRIBIR: \_\_\_\_\_ CUENTA CON PRIMARIA: \_\_\_\_\_  
CUENTA CON SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ VIVE CON: \_\_\_\_\_ DEPENDE ECONOMICAMENTE DE  
\_\_\_\_\_ PENSIONADO / JUBILADO (P/J) \_\_\_\_\_ AFILIACION A SERVICIOS  
MÉDICOS (INSABI, IMSS, ISSSTE, ETC) \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:**

CALLE: \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ E-MAIL. \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

**DATOS DE RESPONSABLE:**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

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

**EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS RECIBIDOS:**

INE: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ COMPROBANTE DE DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CERTIFICADO MÉDICO \_\_\_\_\_

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN: \_\_\_\_\_ DOCUMENTOS DEL RESPONSABLE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y/O HUELLA  
ADULTO MAYOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA  
FAMILIAR RESPONSABLE

**NOTA:** ESTAN SUJETOS AL REGLAMENTO INTERNO DE LA ESTANCIA DE DÍA. DE LO CONTRARIO SERÁN DADOS DE BAJA.