

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS JUÁREZ  
CICLO ESCOLAR 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

ESCUELA SECUNDARIA: **MIGUEL SERVET** C.C.T. **09DES0264Q**  
GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ TURNO: **JORNADA AMPLIADA**

**CÉDULA DE EMERGENCIA ESCOLAR**  
**SR. PADRE DE FAMILIA O TUTOR:**

La Dirección Regional de Servicios Educativos Juárez, a través de la Dirección de esta escuela, preocupados por la salud y bienestar de sus hijos, y como parte del diagnóstico de necesidades de la comunidad escolar, le solicita de la manera más atenta, proporcione la siguiente información que tiene por objeto atender de manera inmediata a su hijo (a) en caso de que se presente alguna emergencia.

I. DATOS DEL ALUMNO (A)

1.- Nombre completo: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)  
2.- Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
3.- Entidad Federativa de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
4.- CURP: \_\_\_\_\_  
5.- Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_  
6.- Hermanos en la escuela SI ( ) NO ( ) en que grados: \_\_\_\_\_  
7.- Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE NÚM. COLONIA  
DELEGACIÓN / MUNICIPIO C.P.  
8.- Nombre del Padre, Madre o Tutor responsable del menor:

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

II. DATOS DEL PADRE O TUTOR

1.- Nombre de la Madre o Tutora: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Tel. Particular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel Celular: \_\_\_\_\_  
2.- Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Tel. Particular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel Celular: \_\_\_\_\_  
3.- Nombre de algún familiar o vecino de confianza: \_\_\_\_\_  
Tel. Particular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel Celular: \_\_\_\_\_

III. DATOS DE SALUD

1.- Padece su hijo (a) alguna enfermedad: SI ( ) NO ( )  
2.- En caso de que su hijo (a) presente una crisis de alguna enfermedad dentro de la escuela, favor de indicar que hacer para controlarla. \_\_\_\_\_

3.- Presentó certificado médico vigente SI ( ) NO ( )

Fecha \_\_\_\_\_

De institución Oficial \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_

4.- ¿En el certificado médico se menciona si su hijo (a) padece alguna enfermedad? SI ( ) NO ( )

SI SU HIJO (A) PADECE ALGUNA ENFERMEDAD Y NO SE MENCIONA EN EL CERTIFICADO MÉDICO LE PEDIMOS QUE TRAMITE A LA BREVEDAD UNO NUEVO PARA EL BIENESTAR, PROTECCIÓN Y SALUD DE SU HIJO (A).

5.- Algún comentario o sugerencia que desee agregar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PADRE DE FAMILIA O TUTOR

