



FORMATO DE INSCRIPCIÓN DE MENORES DE EDAD A LOS CENTROS CULTURALES

Aviso de Privacidad

La Secretaría de la Cultura y las Artes del Estado de Yucatán, con domicilio en la calle 18, número 204 por 23 y 25 de la Colonia García Ginerés, C.P. 97070, Mérida, Yucatán, utilizará sus datos personales recabados para: realizar los trámites administrativos de matriculación y registro de alumnado, aplicación de reducciones a cuotas cuando proceda, integración de grupos, seguimiento, calificación, establecer contacto para coordinar actividades relacionadas con el curso o taller, establecer contacto y buscar atención en caso de accidentes o emergencias de los alumnos, y elaboración de informes estadísticos. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral, en la página www.cultura.yucatan.gob.mx

Nombre completo del (la) alumno (a)					
Domicilio		Calle	Número	Cruzamientos	C.P.
Colonia			Localidad	Municipio	
Edad	Fecha de nacimiento	Género	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	¿Habla Maya?
Lugar de nacimiento		País:	Entidad:	Municipio:	Localidad:
¿Cómo se enteró de los talleres que se imparten en los centros culturales?		Redes Sociales <input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
¿El (la) alumno (a) tiene alguna condición médica especial?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		
¿El (la) alumno (a) tiene algún tipo de discapacidad?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		
¿Cómo atender la condición médica especial en caso necesario?					
En caso de emergencia llamar a: <i>(agregar dos contactos)</i>	Nombre		Parentesco	Teléfono	
¿El (la) alumno (a) padece algún tipo de alergia?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		
Sistema de salud		IMSS <input type="checkbox"/>	ISSSTE <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
Número de afiliación o póliza				Tipo sanguíneo	
Marque con una X el apartado correspondiente si el (la) alumno (a) tiene dificultad para:					
Caminar o moverse, subir o bajar		<input type="checkbox"/>	Ver (aun usando lentes)	<input type="checkbox"/>	Hablar, comunicarse o conversar
Escuchar (aun con aparato auditivo)		<input type="checkbox"/>	Atender el cuidado personal (vestirse, bañarse o comer)		
Tiene alguna limitación mental		<input type="checkbox"/>	Poner atención o aprender cosas sencillas		
Especificar otra dificultad:					



DATOS FAMILIARES DEL ALUMNO						
El niño vive con	Padre	Madre	Ambos	Otro (especificar)		
Nombre del padre, madre o tutor responsable						
Información de contacto del responsable	Tel. Celular	Tel. Local	Tel. Laboral	Correo electrónico		
¿Trabaja en alguna dependencia de gobierno el padre/madre/tutor responsable?	SÍ	NO	Nombre de la dependencia			
Personas autorizadas para ir por el niño o niña y tratar temas sobre el/la menor						
Nombre		Parentesco		Teléfono		
¿El/la menor tiene familiares inscritos en el centro cultural?	SÍ	NO	Nombre del familiar		Parentesco	
DATOS ESCOLARES DEL ALUMNO						
Nivel de estudios que cursa actualmente el/la menor	Preescolar <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Preparatoria <input type="checkbox"/>	Grado	
Nombre de la escuela						
Tipo de escuela	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Municipio donde se ubica la escuela			

Hago constar que los datos registrados en esta ficha de inscripción son verdaderos:

Nombre y firma de la persona que inscribe



PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO CULTURAL

Nuevo Ingreso

Reinscripción

ID asignado <i>(clave de 3 letras más folio de 4 dígitos)</i>	
Talleres a los que se inscribe el alumno	Código del taller

Fecha de inscripción (día/mes/año)	
Tipo de descuento otorgado	