**Muchas Gracias por descargar el documento**

**A continuación tienes un Ejemplo de Ficha y un Formato en blanco para rellenar.**

También puedes **encontrar más ejemplos y formatos de documentos en** en el siguiente enlace

* <https://modelos-de.com/>

**EJEMPLO DE FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Escuela Secundaria María Sofía.

Departamento de Control de Estudios.

Periodo 2022-2023

**Ficha de identificación**

**Datos del estudiante**

| Nombres  | Miguel Antonio |
| --- | --- |
| Apellidos | Torres Navas |
| Fecha de nacimiento | 13/1/2009 |
| Lugar de nacimiento | Monterrey |
| Sexo | M |
| Edad | 13 |
| Dirección | Av. Linares Calle 2 Casa 23. |
| Teléfono | 8472-927-192 |

**Datos familiares**

| **Datos de la madre o tutora**  | **Datos del padre o tutor** |
| --- | --- |
| Nombres | María Antonieta  | Nombres  | Jose Antonio  |
| Apellidos | Navas Sánchez | Apellidos | Torres Castro |
| Ocupación | Abogada | Ocupación | Arquitecto |
| Número de teléfono | 8273.091.91 | Número de teléfono | 827.1837.19 |
| Dirección | Av. Linares Calle 2 Casa 23. | Dirección | Av. Linares Calle 2 Casa 23. |

**Datos académicos**

| Grado | 1ero |
| --- | --- |
| Nuevo ingreso  | No |
| Repite curso | No. |
| Beca  | No aplica.  |

**Datos médicos**

| Padecimientos | Asma |
| --- | --- |
| Alergias | Pescado.  |
| Grupo sanguíneo | A- |
| Medicamentos  | No aplica.  |

**FORMATO DE FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del centro educativo
Nombre del departamento encargado
Período escolar

| **Datos del alumno** |
| --- |
| Nombres: |  | Apellidos: |  |
| Fecha de nacimiento: |  | Lugar de nacimiento: |  |
| F |  | M |  | Edad: |  |
| Dirección: |  |
| Teléfono: |  | E-mail: |  |
|  |
| **Datos familiares** |
| Nombre del padre/tutor: | Nombre de la madre/tutora: |
|  |  |
| Ocupación: |  | Ocupación: |  |
| Dirección del lugar de trabajo: | Dirección del lugar del trabajo: |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Domicilio: | Domicilio: |
|  |  |

| **Datos académicos** |
| --- |
| Grado: |  | Nuevo ingreso: | Sí: \_\_\_\_ | No: \_\_\_\_ |
| ¿Repite el curso? | Sí: \_\_\_\_ | No: \_\_\_\_ | ¿Posee beca? | SÍ: \_\_\_\_ | No: \_\_\_\_ |
| Tipo de beca: |  |

| **Datos médicos** |
| --- |
| Padecimientos: |  |
| Alergias: |  |
| Grupo sanguíneo: |  | Medicamentos (uso crónico): |  |
| **Contacto de emergencia** |
| Nombre y apellido: |  | Parentesco: |  |
| Teléfono:  |  | E-mail: |  |
| Dirección: |  |