



**CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL**  
**"CAPULLITO I"**  
ALDAMA #112  
SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ, S.L.P.  
TEL. 831-48-85

## REQUISITOS PARA INGRESO

### Documentación:

- QUE MAMA NO CUENTE CON SERVICIO DE GUARDERIAS DEL IMSS
- EXAMEN MEDICO
- 1 COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO
- 1 COPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACION ACTUALIZADA
- 1 COMPROBANTE DE DOMICILIO
- 1 COPIA DE LA CURP
- 2 COPIAS DE LOS ULTIMOS DOS RECIBOS DE PAGO
- CARTA PATRONAL DE LA MAMÁ (ESPECIFICANDO VACACIONES)
- 2 FOTOGRAFIAS DEL MENOR TAMAÑO INFANTIL
- 2 FOTOGARAFIAS DE LOS PADRES
- 2 FOTOGRAFIAS DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL MENOR
- SOLICITUD DE INGRESO (SE ENTREGA AL MOMENTO DE QUE USTED PRESENTE TODA LA DOCUMENTACION)
- HORARIO DEL SERVICIO DE LUNES A VIERNES DE 7:45 AM A 3:00 PM CUOTA DE \$125.00 POR SEMANA

***CENTRO DE ATENCION INFANTIL  
"CAPULLITO I"***

ALDAMA #112  
SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ, S.L.P.  
TEL. 831-48-85

**FICHA DE INSCRIPCION**

FECHA DE INSCRIPCION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE DEL NIÑO (A): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

TRABAJO U OCUPACION: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

TRABAJO U OCUPACION: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

TELEFONOS DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_