



# SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

## FICHA DE PREINSCRIPCIÓN Aviso de Privacidad Simplificado



La Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de Campeche, a través de la Subdirección de Registro, Certificación, Incorporación y Revalidación, con domicilio en la Ave. Maestros Campechanos s/n., Col. Sascalum, código postal 24095, San Francisco de Campeche, Campeche; es la responsable del tratamiento y protección de los datos personales que nos proporcione, conforme a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche y demás normatividad aplicable.

**Finalidades del tratamiento.** Sus datos personales que recabamos de usted y de su hijo, serán utilizados para realizar la preinscripción del menor en una institución de educación básica y este tratamiento forma parte de la regulación del ingreso y registro de las niñas, niños y jóvenes a la Educación Básica, para facilitar la continuidad de los niveles de educación básica en el Sistema Educativo Estatal; así mismo, se comunica que no se efectuarán tratamiento adicionales.

**Datos personales recabados.** Para las finalidades antes señaladas se solicitarán los siguientes datos personales:  
Datos identificativos: Nombre del menor; sexo; fecha de nacimiento; lateralidad; lugar de nacimiento; Clave Única de Registro de Población (CURP); domicilio del menor; nombre, fecha de nacimiento, CURP, teléfono particular y celular, domicilio y firma del padre, madre y/o tutor legal.

Datos electrónicos: correo electrónico del padre, madre y/o tutor legal.

Datos académicos: escuela de procedencia del menor y nivel de estudios del padre, madre y/o tutor legal.

Datos laborales: ocupación del padre, madre y/o tutor legal.

Datos afectivos y/o familiares: estado civil del padre, madre y/o tutor legal.

Se informa que se recaban datos sensibles tales como los datos de salud.

**Fundamento legal.** El fundamento para el tratamiento de datos personales son los artículos 3 y 4 de la Ley de Educación del Estado de Campeche; 1, 9, 13, 26 y demás relativos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche.

**Transferencia de datos personales.** Se informa que no se realizarán transferencias que requieran su consentimiento, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, debidamente fundados y motivados.

**Derechos ARCO.** Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales (derechos ARCO) directamente ante la Unidad de Transparencia de esta Secretaría. O bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>) o en el correo electrónico [transparencia\\_seduc@hotmail.com](mailto:transparencia_seduc@hotmail.com). Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos, puede acudir a la Unidad de Transparencia antes señalada o comunicarse al teléfono **127 33 50** Ext. **41128**.

**Consulta del Aviso de Privacidad y cambios al mismo.** Para mayor información acerca del tratamiento de sus datos personales y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través del portal de esta Secretaría <http://educacioncampeche.gob.mx/>



# SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

## FICHA DE PREINSCRIPCIÓN CICLO ESCOLAR 2019-2020



San Francisco de Campeche, Campeche Febrero de 2019

ESTOS DATOS SERÁN LLENADOS POR LA ESCUELA DONDE SE PREINSCRIBE				FECHA DE REGISTRO	FOLIO DE CONTROL
DATOS DE LA ESCUELA:					
C.C.T.				NOMBRE DE LA ESCUELA	TURNO:
SITUACIÓN ACADÉMICA ACTUAL (marcar con "X")			SE PREINSCRIBE A:		
P.A.	P.R.	N.I.	R.I.	GRADO	GRUPO ASIGNADO
POSIBLE APROBADO	POSIBLE REPROBADO	NUEVO INGRESO	REINGRESO		

I.- DATOS GENERALES DEL ALUMNO (A)									
CURP:									
Primer Apellido (Paterno)			Segundo Apellido (Materno)			Nombre (s)			
Sexo	FECHA DE NACIMIENTO			LATERALIDAD	DIESTRO	LUGAR DE NACIMIENTO			
Hombre	DÍA:	MES:	AÑO:		ZURDO	PAÍS:			
Mujer					AMBIDIESTRO	ESTADO:			
A que Institución Medica está Afiliado:							MUNICIPIO		
DOMICILIO ACTUAL DEL ALUMNO (A):									
Calle:					No.	Exterior / Lote	Int:	Estado:	
Código Postal	Teléfono con lada:					Municipio:			
Localidad:	Colonia:								
ESCUELA DE PROCEDENCIA									
No Aplica:	UBICACIÓN		Estado de Campeche:		Fuera del estado:		Nacional:	Extranjera:	
Nombre de la Escuela									
Si es dentro del Estado de Campeche, indicar la clave del Centro de Trabajo:					C.C.T.				
Si es fuera del Estado de Campeche, indicar:					Si es del extranjero, indicar:				
Estado:	Municipio:				País de procedencia:				
Localidad:									

II.- DATOS GENERALES DEL PADRE, MADRE O TUTOR																		
PADRE						MADRE						TUTOR LEGAL		Hombre	Mujer			
Primer Apellido																		
Segundo Apellido																		
Nombre(s)																		
Fecha de Nac.		Día:	Mes:	Año:		Día:		Mes:	Año:		Día:		Mes:	Año:				
CURP:																		
Teléfono (lada):																		
Celular (lada):																		
Correo Electrónico																		
Estado Civil:																		
Nivel Máximo de Estudios <small>Solo anotar una opción. En Prim., o Secun. indicar el último grado terminado. Bach., Lic. o Posgrado, Indicar en trunco el último grado alcanzado y anotar el Área de Estudio (Administración, Ing. Civil etc).</small>	Sin Estudios:		Lee y Escribe:		Sin Estudios:		Lee y Escribe:		Sin Estudios:		Lee y Escribe:							
	Primaria:		Secundaria:		Primaria:		Secundaria:		Primaria:		Secundaria:							
	Bachillerato:	Terminado:	Trunco:	Bachillerato:	Terminado:	Trunco:	Bachillerato:	Terminado:	Trunco:	Bachillerato:	Terminado:	Trunco:						
	Licenciatura:	Terminada:	Trunca:	Licenciatura:	Terminada:	Trunca:	Licenciatura:	Terminada:	Trunca:	Licenciatura:	Terminada:	Trunca:						
	Posgrado:	Terminado:	Trunco:	Posgrado:	Terminado:	Trunco:	Posgrado:	Terminado:	Trunco:	Posgrado:	Terminado:	Trunco:						
Área de estudios:			Área de estudios:			Área de estudios:												
Trabaja:		Si:	No:	Trabaja:		Si:	No:	Trabaja:		Si:	No:							
Actividad que realiza:			Actividad que realiza:			Actividad que realiza:												
Nombre del Centro de Trabajo																		
Domicilio del centro de Trabajo																		
Teléfono del centro de Trabajo		Estado		Estado		Estado												
DOMICILIO PART.:		Es el mismo del Alumno:		Si:	No:	Es el mismo del Alumno:		Si:	No:	Es el mismo del Alumno:		Si:	No:					
Calle																		
No. Exterior/Lote																		
Núm. Interior																		
Colonia																		
Código Postal																		
Estado																		
Municipio																		
Localidad																		
												Parentesco:						



## SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

FICHA DE PREINSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR 2019-2020



III.- INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ALUMNO (A):																			
PERFIL LINGÜÍSTICO												NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES				Si:	No:		
¿Habla español?						¿Habla alguna lengua indígena?						I. Ceguera		VII. Trastorno de déficit de atención (TDA-TDAH)					
Si		No		I. Chol		II. Kanjobal		III. Kekchi		IV. Mame		V. Maya		VI. Tzeltal		VIII. Aptitudes sobresalientes			
¿Habla otro idioma?						¿Cuál?						VII. Tzotzil		VIII. Otra, especificar:		IX. Otras condiciones:			
Si		No														Descripción:			
												HA RECIBIDO ATENCIÓN EN?		CAM		USAER			
												ASISTE A ATENCIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CAM?				SI	No		
IV.- DATOS OPCIONALES (No Obligatorios)																			
Tipo de sangre:						Positivo		Actividad deportiva de su interés:						Actividad cultural de su interés:					
A	B	AB	O	RH:		Negativo													
Tiene algún tipo de alergia?						SI	NO	Cual?											
Tiene algún padecimiento						SI	NO	Cual?											
V.- PERSONA QUE PREINSCRIBE AL ALUMNO														Padre	Madre	Tutor			
Otro:	Nombre:						Parentesco:												
Registro de la persona que Preinscribe												Para registro de las Autoridades Escolares del Plantel							
Nombre y firma de la persona que preinscribe al alumno.												Nombre y firma de quien preinscribe:				Sello y firma del Director			
CRUCE LOS CIRCULOS CORRESPONDIENTES																			
Bajo protesta de decir verdad, declaro que la información presentada en esta solicitud es cierta y comprobable. <input type="radio"/> Autorizo el uso de mis datos personales para fines académicos, <input type="radio"/> Si estoy de acuerdo que el personal autorizado por el director del Plantel, tome una fotografía de mi hijo(a) en la escuela que quede inscrito para el Registro Electronico en el Sistema de Control Escolar																			