



**Colegio de Educación Profesional Técnica  
del Estado de Sonora.**

# CONVOCATORIA

## XIV JUEGOS DEPORTIVOS INTERCONALEP 2011



El Verdadero  
**Orgullo**  
está en  
Compartir

Para más información, consulta las bases  
de esta convocatoria en  
[www.conalepsonora.edu.mx](http://www.conalepsonora.edu.mx)

• UN NUEVO SONORA •

# **EL COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA DEL ESTADO DE SONORA.**

## **C O N V O C A**

A TODOS SUS ESTUDIANTES A PARTICIPAR EN:

**LOS XIV JUEGOS DEPORTIVOS INTERCONALEP 2011.**

### **OBJETIVOS:**

- Fomentar en nuestros alumnos, a través del deporte, los valores de disciplina, honestidad, constancia, estudio y respeto, así como el trabajo en equipo.
- Promover el desarrollo integral de los alumnos del Colegio mediante la práctica de una actividad deportiva que estimule la sana competencia.
- Conocer y valorar los efectos que tiene la práctica habitual y sistemática de actividades físicas en la construcción de la identidad del estudiante, a efecto de elaborar un proyecto de vida más saludable.
- Incentivar la participación y el sentido de pertenencia en tareas de equipo, respetando y valorando los aspectos de relación que ellas promuevan, generando ámbitos de gestión y autogestión para el desarrollo de actividades físico-deportivas recreativas.

## 1.- DE LAS BASES

1.1 Podrán participar todos los alumnos y alumnas que pertenezcan al Colegio, académicamente regular.

1.2 Los equipos deberán de entregar una cédula deportiva, desde la etapa de intramuros hasta la etapa estatal. El formato de la cédula deportiva se publicará en la página [www.conalepsonora.edu.mx](http://www.conalepsonora.edu.mx) y deberá ser enviada a la Dirección de Vinculación del Colegio para su cotejo.

1.3 Los equipos podrán participar en las ramas femenil y/o varonil.

1.4 Los equipos representativos de cada Plantel surgirán de un proceso interno de selección, organizado a criterio de cada Dirección de Plantel, con base en la presente convocatoria y estarán conformados de la siguiente manera:

**FÚTBOL SOCCER:** Dieciocho participantes como máximo y un entrenador

**BALONCESTO:** Diez participantes como máximo y un entrenador.

**VOLEIBOL:** Diez participantes como máximo y un entrenador.

**ATLETISMO:** Uno en cada prueba.

**BÉISBOL:** Dieciocho participantes como máximo y un entrenador.

**FÚTBOL DE SALÓN:** Diez participantes como máximo y un entrenador.

1.5 Los reglamentos que se aplicarán para cada una de las disciplinas serán los siguientes:

1. las federaciones internacionales de Fútbol Soccer (FIFA),
2. Baloncesto (FIBA),
3. Atletismo (FIA),
4. Voleibol (FIVB),
5. Fútbol de Salón (Federación Mexicana de Fut-Sal)
6. la Federación Mexicana de Béisbol (FMB).

1.6 En la disciplina de atletismo, las pruebas de pista y de campo serán las siguientes.

<b>VELOCIDAD</b>	<b>RAMA</b>
100 MTS. PLANOS.	FEMENIL Y VARONIL
400 MTS PLANOS.	FEMENIL Y VARONIL
800 MTS PLANOS.	FEMENIL Y VARONIL ESTA PRUEBA ESTA ELIMINADA.
1,500 MTS PLANOS	FEMENIL Y VARONIL
3,000 MTS PLANOS	FEMENIL
5,000 MTS PLANOS	VARONIL
<b>PRUEBAS DE CAMPO</b>	
LANZAMIENTO DE BALA	FEMENIL 4 kg Y VARONIL 5 kg
SALTO DE LONGITUD	FEMENIL Y VARONIL

1.7 Los participantes deberán presentarse 30 minutos antes de la hora señalada para el inicio de la competencia.

1.8 Los Alumnos en la disciplina de Atletismo, participarán, el segundo día del evento.

1.9 Los participantes deberán llevar consigo casacas o uniformes, para evitar conflictos con el color en caso de igualdades.

1.10 Quedan excluidos los empates en cualquiera de las disciplinas, en cualquiera de sus etapas, es decir, rondas clasificatorias y finales.

1.11 En cada disciplina, los alumnos deberán estar acompañados por su entrenador.

1.12 Los casos no previstos en función de situaciones referentes a la participación de los competidores de los XIV Juegos Deportivos Interconalep 2011, serán resueltos por el Comité de Honor y Justicia.

## **2. DE LOS REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN.**

2.1 Los alumnos deberán estar debidamente inscritos y académicamente regular en el Colegio.

2.2 La inscripción de los alumnos se realizará ante la Dirección de Vinculación de Conalep Sonora.

2.3 Las delegaciones deberán traer consigo permanentemente durante todo el evento, la documentación que se señala a continuación.

- Hoja de inscripción avalada por la Dirección de Vinculación de Conalep Sonora.
- Carta responsiva del padre o tutor, deberá contener información si su hijo(a) padece una enfermedad que le impida participar en este tipo de evento.
- Seguros médicos habilitados que el alumno posea.
- Original y copia fotostática de las credenciales escolares, vigente con foto cancelada de los alumnos, y/o oficio del Director del Plantel con foto cancelada del alumno.

## **3. DE LAS INSCRIPCIONES.**

3.1 La inscripción se realizará en la Dirección de Vinculación de Conalep Sonora. Se deberá escanear y enviar: Cédula de inscripción y credenciales de los alumnos participantes, en formato PDF, al correo electrónico de: **marco13\_villalba@hotmail.com**

3.2 El período de inscripción será a partir de la publicación de esta convocatoria y se cerrará el día viernes 3 de Diciembre de 2010.

3.3 Los alumnos deberán de exhibir su credencial escolar vigente con fotografía al cuerpo arbitral al momento de iniciar cada disciplina.

3.4 El no cumplir en tiempo y forma con estos requisitos será motivo de descalificación.

#### **4. DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS POR DISCIPLINA**

##### **4.1 Fútbol soccer.**

- La duración de los tiempos de juego serán de 35 para la rama varonil y de 25 para la rama femenil, con un máximo de 10 minutos de descanso entre tiempo.

##### **4.2 Voleibol.**

- Los marcadores de cada parcial serán a 25 tantos corridos, a excepción del último, que será a 15 tantos, o bien hasta que exista una diferencia de por lo menos dos tantos a favor del equipo ganador.

##### **4.3 Baloncesto.**

- La duración de los tiempos establecidos para cada uno de los partidos, será de acuerdo al reglamento de Federación Internacional de Básquetbol Asociación, son 4 cuartos de 10 minutos de duración, con descanso de un minuto entre 1º y 2º cuarto, así como el 3º y 4º cuarto y un descanso máximo de 5 minutos entre el 2º y 3º cuarto. En caso de empate, se jugarán tiempo extra con una duración de 5 minutos. Sin descanso intermedio, sólo con cambio de cancha. Los equipos sólo contarán con un tiempo fuera cada uno.

##### **4.4 Béisbol.**

- Los partidos tendrán una duración máxima de 7 entradas, o bien por el sistema de Knock Out, el cual consiste en que, si al término de la cuarta entrada completa, existe una diferencia igual o mayor a 10 carreras de diferencia, el juego se considerara ganado sin la posibilidad de remontar por parte del equipo que se encuentre perdiendo. En caso de empate, se jugarán extra inning hasta que haya un ganador.
- El resto de las situaciones surgidas durante un encuentro de esta disciplina serán resueltas por el umpire principal, y su decisión será inapelable.

##### **4.5 Atletismo.**

- Las distintas disciplinas de Atletismo serán regidas y calificadas por el reglamento de la Federación Internacional de Atletismo (FIA). Sin embargo, con el fin de unificar criterios y actuar con justicia e imparcialidad en las distintas etapas eliminatorias, así como en el Encuentro Estatal, se regirán por los siguientes lineamientos:
  1. En caso de las pruebas atléticas individuales, en ninguna podrá contar con más de un representante por plantel.
  2. Cada competidor, podrá participar en un máximo de dos pruebas de pista y dos de campo.
  3. Para las pruebas de lanzamiento, los pesos oficiales serán los designados por la FIA, de acuerdo a la categoría de los contendientes.
  4. El Plantel sede, elaborará formatos que permitan conocer los hits de participación, llevando a cabo el sorteo de carriles en una reunión que deberá tener lugar el día anterior al inicio de cada competencia.

#### 4.6 FUTBOL DE SALÓN.

- Se jugarán dos tiempos de 15 minutos para la rama varonil y de 10 minutos para la rama femenil y con un descanso de 5 minutos entre tiempo. En caso de empate, se llevará a cabo una serie de tres penales. Si persiste el empate se definirá al ganador en “muerte súbita”.

### 5. DE LAS ESPECIFICACIONES GENERALES.

- 5.1 Las sanciones disciplinarias no consideradas en la presente convocatoria, serán asignadas por el pleno de los representantes de los equipos participantes en las distintas etapas, las cuales deberán ser avaladas por el comité de Honor y Justicia. Los acuerdos tomados se plasmarán en una minuta firmada por los miembros de Comité de Honor y Justicia y por los representantes de los equipos. La minuta se entregará físicamente al Responsable de Deporte de Dirección General.

### 6. DEL SISTEMA DE COMPETENCIA

- 6.1 La etapa de intramuros, se realizará en cada plantel, según el día viernes 4 de febrero de 2011.
- 6.2 La etapa Regional se efectuará el viernes 25 de febrero de 2011, en las sedes que se mencionan, obteniendo un solo ganador por disciplina para que represente a la zona en el evento Estatal:

**ZONA #1,** (San Luis R. C., Caborca, Puerto peñasco, y **Magdalena como sede**).

**ZONA # 2,** (Nogales, Nacozari, y **Agua Prieta como sede**)

**ZONA #3,** (Guaymas, Hermosillo I, Hermosillo II Y Hermosillo III, **como sede los tres Planteles de Hermosillo**)

**ZONA #4,** (Navojoa, Cd. Obregón Empalme y **Huatabampo como sede**)

#### 6.3 EN LA ETAPA ESTATAL.

La Etapa Estatal se realizará los días **jueves 24 y viernes 25 de marzo de 2011, en la Ciudad de Hermosillo, Sonora.** Los ganadores de la etapa Regional, son los que representarán en la Etapa Estatal, en la disciplina de Béisbol, Fútbol, Baloncesto, Voleibol y Fútbol de Salón, el sistema de competencia será de un **round robin**, en el sistema de clasificación de acuerdo al número de participantes inscritos que son 4, y que es uno ganador por cada Zona.

6.3.1 En caso de la Disciplina de atletismo, se estructurarán hits y será una sola final. En el caso de prueba de velocidad, en la prueba de campo serán tres intentos en cada disciplina para la etapa de clasificación y tres intentos más para la etapa final, y se determinará el ganador por las distancias obtenidas en el intento más largo.

## **7. DE LOS CRITERIOS DE DESEMPATE CLASIFICATORIO PARA CADA DISCIPLINA.**

### **7.1 Fútbol Soccer.**

- a) Puntos
- b) Diferencia de Goles
- c) Goles anotados
- d) Goles recibidos
- e) Encuentro entre los equipos involucrados.

### **7.2 Baloncesto**

- a) Diferencia de Puntos (Average)
- b) Puntos anotados
- c) Puntos recibidos
- d) Encuentro entre equipos involucrados

### **7.3 Voleibol**

- a) Diferencia de puntos. (Set ganados vs perdidos)
- b) Partido entre equipos involucrados

### **7.4 Beisbol**

- a) El equipo que gane más juegos
- b) Diferencias de carreras
- c) Partido involucrados entre sí

## 8. DE LAS ASIGNACIÓN DE PUNTUAJES EN RONDA PREELIMINAR

### 8.1 Fútbol.

- a) Se asignarán tres puntos al equipo ganador durante el tiempo regular, 2 puntos al equipo que empate y gane en penales y un punto al que empate y pierda en penales.
- b) En caso de empate en el tiempo regular, se ejecutará una tanda de tres penales, o en su caso si persiste el empate, se va a muerte súbita.

### 8.2 Baloncesto.

- a) El sistema de clasificación, se hará de acuerdo a lo juegos ganados y perdidos, dado que el sistema de competencia no permite empate y el criterio de posicionamiento en la tabla general, con fines de clasificación se tomará en el **average** (diferencia entre puntos a favor y puntos en contra)

### 8.3 Voleibol.

El sistema de clasificación, se hará de acuerdo a la siguiente asignación de puntos:

- a) Se asignarán 3 puntos al equipo ganador de un partido por marcador de 2 sets a cero.
- b) Se asignarán 2 puntos al equipo ganador y un punto al equipo perdedor si el marcador sea de 2 sets a 1.

### 8.4 Béisbol.

El sistema clasificación, será de acuerdo al equipo que gane más juegos, el que anote más carreras y el ganador del juego entre sí.

### 8.5 Fútbol de salón.

Se asignarán 3 puntos al equipo ganador, el equipo que empate y gané en penales obtendrán 2 puntos.

## 9. DE LAS SANCIONES DISCIPLINARIAS

### 9.1 Fútbol.

- ❖ Expulsión por acumulación de dos tarjetas amarillas: El jugador cumple su sanción al salir del partido en disputa, sin ser necesario que quede suspendido para otro encuentro.
- ❖ Expulsión por “juego brusco grave”: El jugador cumplirá un partido de sanción, posterior al encuentro en que resultará expulsado.
- ❖ En caso de expulsión por agresión, insultos al cuerpo arbitral, la sanción será la expulsión definitiva del evento, es decir el jugador no podrá volver a participar en ningún encuentro.
- ❖ Existe 15 minutos de tolerancia de tiempo para que se presente al juego los equipo, en caso de no hacerlo se decretará un de **faul**, y se asignarán los 3 puntos al equipo ganador, así como el marcador de 2 goles por 0.
- ❖ En caso de riña campal, ambos equipos serán suspendidos del torneo, quedando para su análisis la cédula arbitral, en donde la Comisión de Honor y Justicia dictaminará las sanciones posteriores.

## 9.2 Voleibol.

- ❖ Las sanciones disciplinarias dentro del encuentro, serán asignadas por los árbitros y serán las estipuladas por la FIVB.
- ❖ En caso de expulsiones por agresión verbal o física, el jugador será suspendido de la totalidad del evento, previo al reporte arbitral.
- ❖ En caso de riña campal, ambos equipos serán suspendidos del torneo, quedando para su análisis la cédula arbitral, en donde la Comisión de Honor y Justicia dictaminará las sanciones posteriores.

## 9.3 Baloncesto.

- ❖ En caso de las expulsiones por acumulación de faltas, se cumple con la sanción al abandonar el juego en curso.
- ❖ En el caso de expulsión por acumulación de 2 faltas técnicas se sancionará de acuerdo a la intensidad de las faltas, desde el abandono del partido en curso, hasta la expulsión definitiva del evento.
- ❖ En caso de riña campal, ambos equipos serán suspendidos del torneo, quedando para su análisis la cédula arbitral, en caso donde la Comisión de Honor y justicia dictaminará las sanciones posteriores.

## 9.4 Béisbol.

- ❖ En caso de expulsiones por cualquier motivo que no sea riña, se impondrá la sanción disciplinaria correspondiente. A excepción de que el reporte de los **umpires** sea turnado al Comité de Honor y Justicia dictaminará las sanciones posteriores.
- ❖ En caso de riña campal, ambos equipos serán suspendidos del torneo, quedando para su análisis la cédula arbitral, en donde la Comisión de Honor y Justicia dictaminará las sanciones posteriores, previo reporte de los **umpires**.

## 9.5 Atletismo.

- ❖ En caso de un competidor cometa alguna falta disciplinaria, cualquiera que esta sea, que atente contra la buena evolución del evento éste será expulsado de la competencia, siendo los jueces de la competencia y el coordinador de la disciplina quienes deberán realizar el reporte de hechos correspondiente, quienes lo turnarán al Comité de Honor y Justicia.

## 10. UNIFORMES.

- ❖ En la etapa de intramuros, no se exige que se uniformen.
- ❖ En la etapa Regional, no se exige que se uniformen, pero sí que se identifiquen los equipos.
- ❖ En la etapa Estatal, sí se exige que todos los equipos estén uniformados.

## **11. DE LAS SANCIONES GENERALES.**

- 11.1 No contar con la documentación, para participar en el estatal, como la credencial vigente con foto cancelada será motivo de sanción.
- 11.2 Exceder de los 15 minutos de tolerancia en cada partido y en cada etapa, salvo causa justificada de fuerza mayor y determinada por el juez, árbitro o *umpire* principal, lo cual se comunicará de inmediato al Jefe de Proyecto de Deporte Estatal y éste lo comunicará al Comité Honor y Justicia, para ver si se reprograma o no.
- 11.3 Incurrir en conductas inadecuadas o en actos de indisciplina dentro del marco del Evento Estatal deportivo de Conalep Sonora, (durante el evento de competencia y fuera de ellos) en cualquiera de las instalaciones, también en los hoteles y casa de convivencia, se procederá a la suspensión definitiva de los involucrados así como los equipos en donde participan, lo anterior aplica a alumnos, entrenadores, personal de apoyo y docentes responsables de las distintas delegaciones.
- 11.4 Las protestas, deberán realizarse en la cédula de anotación de las diferentes disciplinas en juego correspondientes, al término del juego o competencia, se anexará por escrito, y cada jugador protestado tendrá un costo de \$500 pesos, y en caso de ganar la protesta, se le devolverá el dinero, pero si pierde el equipo que protesta, el monto de dinero depositado, quedará en un fondo que lo tendrá en su poder el Comité de Honor y Justicia, mismo que entregará al ganador del Primer Lugar de la disciplina.

## **12.- DE LOS ARBITROS Y JUECES**

- 12.1 Los árbitros y jueces deberán ser ajenos al subsistema y deberán contar con *carnet* de la federación correspondiente, avalados por el comité organizador. Su falló será inapelable.
- 12.2 Deberán contar con la plantilla de arbitraje completa para cada una de las actividades deportivas, además de las hojas y cédulas de anotación oficiales, determinadas por las distintas federaciones respectivas, evitando al máximo alteraciones o modificaciones a las mismas. Lo anterior, deberá ser especificado por escrito y preferentemente mediante un contrato o convenio de trabajo. Caso contrario, se designará o contratará a otro grupo arbitral.
- 12.3 **Es de carácter obligatorio que el cuerpo arbitral asista a la junta previa.**

## **13. DE LA ORGANIZACIÓN**

- 13.1 La organización del Estatal estará a cargo del Comité Organizador, Comité Técnico y de la Dirección General.

- 13.2 En la Reunión de la Junta Previa estarán presentes únicamente los entrenadores o encargados de los equipos y tendrán voz y voto, en los asuntos relacionados con la logística e identificación y presentación del personal de apoyo.
- 13.3 Una vez concluida la junta previa, los encargados de las delegaciones, recibirán indicaciones puntuales por parte del personal de apoyo de Conalep Sonora sede, respecto a la disciplina de su competencia, en un área física previamente establecida.
- 13.4 Los gastos de hospedaje y alimentación y la trasportación, será cubierta por la Dirección General.
- 13.5 El Comité de Honor y Justicia estará conformado por: como presidente el director Académico, secretario es coordinador deportivo general y dos vocales, que saldrán de maestro y además de uno de deportes de Codeson.
- 13.6 La Dirección General, cubrirá los gastos que se generen por el material y por la logística del evento, tales, como: fotos, equipo de sonido, mamparas, iluminación, difusión en los medios de comunicación, constancias, diplomas, trofeos, posters, gafetes, guías, desayuno, comidas y cenas para los competidores, espacios para la convivencia de los alumnos, guías para indicar ubicación de lugares.

#### **14. PREMIACIÓN**

- 14.1 Se entregarán trofeos a los tres primeros lugares, así como el mejor jugador, y medallas para los ganadores de atletismo.
- ❖ La premiación en la etapa intramuros, será designada por el plantel.
  - ❖ La premiación en la etapa Regional, será el pase a la etapa estatal.
  - ❖ La premiación en la etapa Estatal estará a cargo de la Dirección General.

#### **15. CONTROVERSIAS**

- 15.1 Toda controversia presentada durante el transcurso de estos eventos, deberá ser presentada por escrito, en tiempo y forma ante el Comité de Honor y Justicia. Si la controversia persiste, será turnada para su resolución definitiva a la Dirección General de Conalep Sonora.

Hermosillo, Sonora. Noviembre de 2010.

**EL DIRECTOR GENERAL**

---

**ING. OCTAVIO CORRAL TORRES**

**EL DIRECTOR ACADÉMICO**

**LA DIRECTORA DE VINCULACIÓN**

---

**MTRO. MARTÍN ANTONIO YÉPIZ ROBLES**

---

**T.S. MARÍA DE LOS ANGELES GARZA MORENO**

## **NEXOS**

Los siguientes son formatos que pueden ser utilizados para la inscripción de los alumnos en la Etapa Plantel y en la Etapa Regional.



COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA  
DEL ESTADO DE SONORA



COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE: Baloncesto RAMA: Femenil ETAPA: Intramuro  
PLANTEL O EQUIPO: \_\_\_\_\_  
CAMPEONATO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PARTICIPANTE

FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR

Vo.Bo.  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DEL PLANTEL

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.





COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA  
DEL ESTADO DE SONORA



COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE: **Baloncesto** RAMA: **Varonil** ETAPA: **Intramuro**  
PLANTEL O EQUIPO: \_\_\_\_\_  
CAMPEONATO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PARTICIPANTE

FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR

Vo.Bo.  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DEL PLANTEL

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.





COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE:	<b>Béisbol</b>	.RAMA:	<b>Varonil</b>	.ETAPA:	<b>Intramuro</b>
PLANTEL O EQUIPO:	_____				
CAMPEONATO:	_____			LOCALIDAD:	_____

DATOS DEL PARTICIPANTE

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

---

**LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR**

---

**Vo.Bo.**  
**NOMBRE Y FIRMA**  
**DIRECTOR DEL PLANTEL**

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.




COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA  
DEL ESTADO DE SONORA



COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE:	<b>Fútbol de Salón</b>	RAMA:	<b>Femenil</b>	ETAPA:	<b>Intramuro</b>
PLANTEL O EQUIPO:	_____				
CAMPEONATO:	_____			LOCALIDAD:	_____

DATOS DEL PARTICIPANTE

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____	<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	_____
	APELLIDO PAT:	_____		APELLIDO PAT:	_____
	APELLIDO MAT:	_____		APELLIDO MAT:	_____
	MATRÍCULA:	_____		MATRÍCULA:	_____
	SEMESTRE:	_____		SEMESTRE:	_____
	CARRERA:	_____		CARRERA:	_____
	No. IMSS O ISSSTE:	_____		No. IMSS O ISSSTE:	_____

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR

Vo.Bo.  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DEL PLANTEL

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.





COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA  
DEL ESTADO DE SONORA



COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE: Fútbol de Salón RAMA: Varonil ETAPA: Intramuro  
 PLANTEL O EQUIPO: \_\_\_\_\_  
 CAMPEONATO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PARTICIPANTE

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

  

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

  

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

  

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR

Vo.Bo.  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DEL PLANTEL

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.





COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE:	Fútbol Soccer	RAMA:	Femenil	ETAPA:	Intramuro
PLANTEL O EQUIPO:	_____				
CAMPEONATO:	_____			LOCALIDAD:	_____

DATOS DEL PARTICIPANTE

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

---

**LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR**

---

**Vo.Bo.**  
**NOMBRE Y FIRMA**  
**DIRECTOR DEL PLANTEL**

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.




COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE: <b>Fútbol Soccer</b>	RAMA: <b>Varonil</b>	ETAPA: <b>Intramuro</b>
PLANTEL O EQUIPO: _____		
CAMPEONATO: _____		LOCALIDAD: _____

DATOS DEL PARTICIPANTE

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	

---

**LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR**

---

**Vo.Bo.**  
**NOMBRE Y FIRMA**  
**DIRECTOR DEL PLANTEL**

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.




COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA  
DEL ESTADO DE SONORA



COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE: Voleibol .RAMA: Femenil .ETAPA: Intramuro  
PLANTEL O EQUIPO: \_\_\_\_\_  
CAMPEONATO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PARTICIPANTE

FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
FOTO	NOMBRE(S):		FOTO	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR

Vo.Bo.  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DEL PLANTEL

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.





COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA  
DEL ESTADO DE SONORA



COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE: Voleibol RAMA: Varonil ETAPA: Intramuro  
 PLANTEL O EQUIPO: \_\_\_\_\_  
 CAMPEONATO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PARTICIPANTE

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	APELLIDO PAT:			APELLIDO PAT:	
	APELLIDO MAT:			APELLIDO MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR

Vo.Bo.  
NOMBRE Y FIRMA  
DIRECTOR DEL PLANTEL

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.





COORDINACIÓN ESTATAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

DEPORTE:	<b>Atletismo</b>	RAMA:	<b>Varonil</b>	ETAPA:	<b>Intramuros</b>
PLANTEL O EQUIPO:	_____				
CAMPEONATO:	_____			LOCALIDAD:	_____

**DATOS DEL PARTICIPANTE**

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:			AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:			PRUEBA ATLETICA:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:			AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:			PRUEBA ATLETICA:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:			AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:			PRUEBA ATLETICA:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:			AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:			PRUEBA ATLETICA:	
<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):		<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:			AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:			MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:			SEMESTRE:	
	CARRERA:			CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:			No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:			PRUEBA ATLETICA:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:	

<b>FOTO</b>	NOMBRE(S):	
	AP. PAT Y MAT:	
	MATRÍCULA:	
	SEMESTRE:	
	CARRERA:	
	No. IMSS O ISSSTE:	
	PRUEBA ATLETICA:	

---

**LUGAR Y FECHA**

**NOMBRE Y FIRMA DEL CAPITAN**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTRENADOR**

---

**Vo.Bo.**  
**NOMBRE Y FIRMA**  
**DIRECTOR DEL PLANTEL**

Y SELLO

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

<b>Información médica:</b> historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.

**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.


**Información médica:** historial de enfermedades crónicas que en su momento sufran y que haya que tener cuidado, así como, que alergia o a qué medicamento es alérgico, para su atención, en caso sea necesario.
