



COLEGIO BOSTON
“Excelencia en Mente, Cuerpo, Alma y Corazón”
Ciclo Escolar 2024 – 2025



Sección _____

FORMATO DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

I. DATOS PERSONALES

1.1 Datos del Estudiante				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)		
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de nacimiento	Edad	
Clave Única de Registro de Población (CURP):				
Lugar de nacimiento	Localidad o Ciudad	Municipio	Estado	Nacionalidad
Domicilio Actual	Calle - No. Exterior - No. Interior		Colonia	Código postal
Municipio	Localidad o Ciudad		Estado	
¿Tiene alguna discapacidad? Sí () No ()		¿Cuál? Auditiva () Visual () Motora () Otro (), especifique:		

1.2 Datos del Padre o Tutor			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio	Último Grado de Estudios		Nacionalidad

1.3 Datos de la Madre o Tutor			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Domicilio	Último Grado de Estudios		Nacionalidad

II. DATOS SOCIOECONÓMICOS

2.1 Datos laborales del Padre o Tutor	
Nombre de la empresa	Puesto
Antigüedad en el puesto	Ingreso mensual neto
Domicilio Laboral	

2.2 Datos laborales de la Madre o Tutor

Nombre de la empresa	Puesto
Antigüedad en el puesto	Ingreso mensual neto
Domicilio Laboral	

3.1 Datos familiares

Número de dependientes económicos propios, del Padre, Madre o Tutor según sea el caso:	
Vivienda: a. Estatus de la propiedad: Propia (<input type="checkbox"/>) Rentada (<input type="checkbox"/>) Otros (<input type="checkbox"/>) b. Paredes: Tabique (<input type="checkbox"/>) Madera (<input type="checkbox"/>) Cartón (<input type="checkbox"/>) Otros (<input type="checkbox"/>) c. Piso: Cemento (<input type="checkbox"/>) Madera (<input type="checkbox"/>) Tierra (<input type="checkbox"/>) Otros (<input type="checkbox"/>) d. Número de cuartos: _____ e. Número de baños: _____ f. Servicios: Agua Potable (<input type="checkbox"/>) Energía eléctrica (<input type="checkbox"/>) Drenaje (<input type="checkbox"/>) Internet (<input type="checkbox"/>)	Ubicación/Dirección:
Medio de transporte: Ninguno (<input type="checkbox"/>) Público (<input type="checkbox"/>) Bicicleta (<input type="checkbox"/>) Motocicleta (<input type="checkbox"/>) No. de Automóviles (<input type="checkbox"/>)	
¿Tienes computadora? Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Número de dependientes con enfermedad grave diagnosticada comprobable (<input type="checkbox"/>)	



Nombre y firma del responsable
BEMS-QROO en la Institución

Firma del solicitante