



Inscripción de Menores a Beneficiar con Desayunos Escolares
Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Nutrición Escolar

DESAYUNOS E
 MUNICIPIO **JALISCO**
 COLONIA / LOCALIDAD _____
 CODIGO POSTAL _____
 TIPO DE LOCALIDAD: _____

CLAVE _____
 NOMBRE DEL PLANTEL _____
 CALLE _____ NUMERO _____
 DIRECTOR _____
 EDUCADOR / MAESTRO _____
 TURNO: MATUTINO VESPERTINO NOCTURNO

TIPO DE RACIÓN:
 CENTRO DE ATENCIÓN: _____

| No. | CURP | NOMBRE DEL NIÑO | | | DOMICILIO | | SEXO | AÑO QUE CURSA | FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD | ESTADO DE NACIMIENTO | 1ra. MEDICION | | TIPO DE VULNERABILIDAD SOCIAL (A) | ESTATUS (B) |
|-----|------|------------------|------------------|-----------|-----------|--------|------|---------------|---------------------|-----|-----|----------------|----------------------|---------------|------|-----------------------------------|-------------|
| | | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S) | CALLE | NÚMERO | | | DÍA | MES | AÑO | AÑOS CUMPLIDOS | | TALLA | PESO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(A) TIPO DE VULNERABILIDAD SOCIAL: (1) Riesgo Alimentario, (2) Marginalidad por Localidad,

(3)Hijo de madre sola, (4) Indígena, (5)Discapacidad o (6) Niñez

(B) ESTATUS : (A) Alta, (B) Baja, ELABORÓ _____ VALIDÓ _____ CAPTURÓ _____
 (R) Reingreso

DIF-DAA/ M-01-01-01-1-1 FECHA DE LEVANTAMIENTO _____ FECHA _____ FECHA _____