



GOBIERNO
DE MEXICALI



CAPACITACIÓN
CIUDADANA
Escuela de Manejo



REGISTRO DE INSCRIPCIÓN



FECHA DEL CURSO: _____

DATOS PERSONALES

Fecha de inscripción ____/____/____

Nombre: _____

Sexo: M ____ F ____

Edad: ____ años.

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular): _____

E-mail: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____

¿Qué le motiva a tomar el curso de manejo?

DATOS DE SALUD PERSONALES

¿Padece usted de daltonismo?	Sí ____ No ____	
¿Tiene algún problema con la vista?	Sí ____ No ____	¿Cuál? _____
¿Tiene problemas cardíacos?	Sí ____ No ____	
¿Padece alguna discapacidad?	Sí ____ No ____	¿Cuál? _____
¿Tiene problemas de presión arterial?	Sí ____ No ____	Alta ____ Baja ____
¿Tiene usted diabetes?	Sí ____ No ____	
¿Padece usted artritis?	Sí ____ No ____	
¿Toma medicamento controlado?	Sí ____ No ____	¿Cuál? _____

¿Cómo se enteró del curso que imparte la DSPM a través del programa escuela de manejo?

Página Facebook ____ Página del Ayuntamiento ____ Amigo ____ Familiar ____ Tv ____ Radio ____ otro ____





Proporcione los datos de algún familiar mayor de 18 años para localizar en caso de algún incidente:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Sexo: M _____ F _____ Teléfono (Casa): _____ Teléfono (celular): _____
Domicilio: _____

Información Para La Práctica

Avance en la conducción:

- ☐ 0%
- ☐ 10%
- ☐ 30%
- ☐ 50%
- ☐ 70%
- ☐ 90%

Tipo de vehículo que utilizara para la práctica:

- ☐ Sedan
- ☐ Deportivo
- ☐ Pick up
- ☐ Van
- ☐ Vagoneta
- ☐ Camioneta

Tipo de transmisión del vehículo:

Automática _____ Estándar _____