



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
 Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar
 Subdirección de Asistencia Alimentaria a Menores Escolares
 Departamento de Desayunos Escolares y Raciones Vespertinas



LISTADO COMPLEMENTARIO PARA LOS BENEFICIARIOS ACEPTADOS

DATOS DEL BENEFICIARIO

C.C.T.: _____ Nombre del Menor: _____ Grado: _____ Grupo: _____

121) Calle: _____ 121) Número Exterior: _____ 121) Número Interior: _____

120) Entre qué calles: _____ 120) y _____ 120) Código Postal: _____

119) Otra Referencia del domicilio cerca de: _____

118) Localidad: _____ 118) Colonia: _____

117) Municipio: _____

116) Entidad Federativa o Estado: _____ 116) Teléfono Fijo: _____

115) Teléfono Celular: _____ 115) Correo Electrónico: _____

DATOS DEL COBENEFICIARIO (PADRE, MADRE O TUTOR)

117) Primer Apellido (Paterno): _____

116) Segundo Apellido (Materno): _____

115) Nombre (s): _____

114) Fecha de Nacimiento: _____ 114) Género: Mujer Hombre

113) Nacionalidad: _____

112) Entidad Federativa de Nacimiento: _____

111) Estado Civil: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado Unido

110) Grado de Estudios: Ninguno Primaria Bachillerato, preparatoria o equivalente Licenciatura Maestro Doctorado

109) Clave Única de Registro de Población CURP: _____

108) Tipo de Identificación Oficial: IFE IMSS Pasaporte Acta de nacimiento Cartilla Militar Otra cudi

107) Folio de identificación oficial: _____

106) Calle: _____ 106) Número Exterior: _____ 106) Número Interior: _____

105) Entre qué calles: _____ 105) y _____ 105) Código Postal: _____

104) Otra Referencia del domicilio cerca de: _____

103) Localidad: _____ 103) Colonia: _____

102) Municipio: _____

101) Entidad Federativa o Estado: _____ 101) Teléfono Fijo: _____