

"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar. El Caudillo del Sur".

*** SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL CICLO ESCOLAR 2018-2019 ***

DATOS DE LA ESCUELA

NOMBRE: CBT DR. ALFONSO LEÓN DE GARAY, TEQUIXQUIAC CLAVE ESTATAL: 11TTETUD0040 C.C.T.: 15ECT0044F

CALLE: FRESNOS ESQ. SAUCES S/N LOCALIDAD.: BO. SAN MATEO MUNICIPIO: TEQUIXQUIAC

DATOS DEL (A) ALUMNO (A)

FECHA DE INSCRIPCIÓN: SEMESTRE: 2° () 4° () 6° ()

NOMBRE: ID: EDAD:

GRADO: GRUPO: No. DE MATRÍCULA: FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AA) / /

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO: Calle No. C.P. Col. o Población Localidad Municipio

ENTRE LA CALLE Y LA CALLE REFERENCIA PRINCIPAL

CORREO ELECTRÓNICO NO. AFILIACION SEG.SOC.

CARRERA: CURP:

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO ESCOLAR: Nombre y Firma Padre o Tutor Nombre y Firma Alumno

Nombre y Firma Madre o Tutora

DOCUMENTOS ENTREGADOS

- () 4 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL B/N
() 1 COPIA FOTOSTÁTICA DE CARNET DEL SERVICIO MÉDICO

SITUACIÓN ACADÉMICA

REGULAR: () IRREGULAR: ()

MATERIAS IRREGULARES

- 1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE: TEL:

3 (TRES) NUM. TELEFÓNICOS FIJOS (OBLIGATORIOS Y CELULARES):

GRADO DE ESTUDIOS: OCUPACIÓN

DOMICILIO: Calle No. Col. o Población Municipio

DATOS DE LA MADRE O TUTORA

NOMBRE: TEL:

3 (TRES) NUM. TELEFÓNICOS FIJOS (OBLIGATORIOS Y CELULARES): y

GRADO DE ESTUDIOS: OCUPACIÓN

DOMICILIO: Calle No. Col. o Población Municipio

DATOS DE BAJA

FECHA: CAUSA O MOTIVO:

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR QUE DA DE BAJA AL ALUMNO (A):

FIRMA