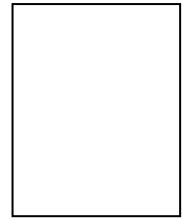


"2022. Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México"

*** SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ***



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 COL.: BO. SAN MATEO MUNICIPIO: TEQUIXQUIAC

DATOS DEL (A) ALUMNO (A)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
GRADO: _____ GRUPO: _____ SEMESTRE _____ MATRÍCULA MIGE: _____ MATRICULA INSTITUCIONAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AA) _____ / _____ / _____ CURP: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
DOMICILIO: _____
Calle No. C.P. Col. o Población Localidad Municipio
ENTRE CALLE Y CALLE _____ OTRA REFERENCIA _____
CORREO ELECTRÓNICO _____
NO. DE TELÉFONO: _____ NO. AFILIACION SEGURO SOCIAL: _____
CARRERA: _____

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO ESCOLAR

Nombre y Firma Padre o Tutor

Nombre y Firma Madre o Tutora

Nombre y Firma Alumno

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE: _____ TEL: _____
3 (TRES) NUM. TELEFÓNICOS ALTERNOS FIJOS. (NO CELULARES): _____ y _____
GRADO DE ESTUDIOS: _____ CURP _____ OCUPACIÓN _____
DOMICILIO: _____
Calle No. Col. o Población Municipio

DATOS DE LA MADRE O TUTORA

NOMBRE: _____ TEL: _____
3 (TRES) NUM. TELEFÓNICOS ALTERNOS FIJOS. (NO CELULARES): _____ y _____
GRADO DE ESTUDIOS: _____ CURP _____ 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 DE BAJA DEL ALUMNO