



REGISTRO DE INSCRIPCIÓN



DATOS DEL ALUMNO

MATRICULA: _____ CARRERA: _____ CUATRIMESTRE: _____ FECHA INSCRIPCIÓN: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NAC: _____ SEXO: M _____ F _____

DOMICILIO: _____

COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____

ESTADO: _____ C.P.: _____ E-MAIL: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ C.U.R.P. _____

TRABAJA: _____ NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ TELÉFONOS: _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____
NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
(Con LADA)

COLONIA: _____ CELULAR: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C.P.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NAC: _____ EDO. CIVIL: _____

DOCUMENTACIÓN

	ORIGINAL	COPIAS	
ACTA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CERTIFICADO DE SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER DE PROCEDENCIA: _____
CERTIFICADO DE PREPARATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTADO: _____
PÓLIZA CREDENCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROMEDIO: _____
			PUNTOS EXAMEN BUAP: _____

SOLICITO ME SEA CONCEDIDA UNA PRORROGA PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE SE DESCRIBE EN EL SEGMENTO ANTERIOR, ASÍ MISMO ME COMPROMETO A ENTREGARLO A MAS TARDAR EL DÍA ____ DE _____ DEL AÑO EN CURSO. TENGO CONOCIMIENTO QUE EL CERTIFICADO DE BACHILLERATO DEBERÁ ENCONTRARSE ELABORADO CON FECHA ANTERIOR AL INICIO DEL CICLO ESCOLAR ANUAL

EN CASO DE NO ENTREGAR MI DOCUMENTACIÓN EN LA FECHA ARRIBA MENCIONADA O SI EL CERTIFICADO DE BACHILLERATO ES EXPEDIDO CON FECHA POSTERIOR AL INICIO ESCOLAR ACTUAL, QUEDANDO ENTERADO QUE GENERARÉ MI BAJA DE LA INSTITUCIÓN, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA LA ESCUELA.

FIRMA

POR QUE MEDIO TE ENTERASTE DE LA ESCUELA:

PROCESO ADMISIÓN RADIO TELEVISIÓN PRENSA AMIGO

OTRO: _____

INSCRIBIÓ: _____

TELÉFONOS DE EMERGENCIA



TELÉFONOS	COMUNICARSE CON:
1	
2	
3	

GENERALES DE SALUD

1.- PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA: _____

2.- ERES ALÉRGICO ALGÚN MEDICAMENTO: _____

RECIBI

1.- REGLAMENTO GENERAL DE ALUMNOS

2.- REGLAMENTO GENERAL DE PAGO

3.- FORMATO DE SEGURO ESTUDIANTIL

NOMBRE DE LA PAGINA DE LA INTITUCIÓN

ESTOY ENTERADO Y ACEPTO QUE UNA VEZ REALIZADO EL PAGO CORRESPONDIENTE A LA INSCRIPCIÓN, LA INSTITUCIÓN NO REALIZA NINGUNA DEVOLUCIÓN DE DINERO.

FECHA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO: _____

MPOP.03-FORM.01B
