SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN SEM: 2-2013

NO. CONTROL: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

TURNO: _____ CARRERA: _____

SEMESTRE A REINSCRIBIRSE: _____ GRUPO: _____

Favor de Actualizar esta información:

Encierre su respuesta

1. Sufre usted de alguna Incapacidad: **NO**
   SI . De qué tipo?: AUDITIVA – MOTRIZ – HABLA – VISUAL
2. Es hablante de una lengua Indígena: **NO**
   SI .Cual? _____
3. Es hablante de una lengua Extranjera: **NO**
   SI .Cual? _____

Complementa esta Información para tener acceso oportuno en su situación integral-académica:

Teléfono del Padre o Tutor: _____ Correo del Padre o Tutor: _____

Correo del estudiante: _____

FIRMA DEL ALUMNO: _____ FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____

Control Escolar

Firma y Sello de Recibido de Contraloría

NO. CONTROL: _____ CURP:_____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ TURNO: _____

CARRERA: _____ SEM A REINSCRIBIR:_____ GRUPO: _____