



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN REINSCRIPCIÓN
Ciclo Escolar 2013-2014

Escuela Normal de Educación Preescolar
Licenciatura en Educación Preescolar
Semestre 05 Sección "D" Modalidad Escolarizada

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ESPINOZA APELLIDO PATERNO | DE LA ROSA APELLIDO MATERNO | SONIA LORENA NOMBRE(S) |
| 1994/06/01 FECHA DE NACIMIENTO | SABINAS COAHUILA LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO | EIRS940601MCLSSN00 CURP |
| 110500390000 NÚMERO DE MATRICULA | 8447677913 TELÉFONO CELULAR | sonia_lorena.10694@hotmail.com DIRECCIÓN ELECTRÓNICA |

SERVICIO MÉDICO

| | |
|--|--|
| SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>IMSS</u> | |
| EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>SONIA LORENA DE LA ROSA GAMEZ</u> | |
| PARENTESCO <u>MADRE</u> | TELÉFONO <u>8626210058</u> |
| TIPO DE SANGRE <u>AB+</u> | No. DE AFILIACIÓN <u>32816251071</u> |
| PADECIMIENTO CRÓNICO <u>NO TENGO</u> | PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO <u>NO TENGO</u> |

DOMICILIO LOCAL

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| CALLE Y NÚMERO <u>PRIV. ANSELMO CABELLO 1363</u> | | |
| <u>ZONA CENTRO</u> COLONIA | <u>25000</u> CÓDIGO POSTAL | <u>8447677913</u> TELÉFONO (CON LADA) |
| <u>SALTILLO</u> LOCALIDAD | <u>COAHUILA</u> ESTADO | <u>SALTILLO</u> MUNICIPIO |

DOMICILIO FORÁNEO

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| CALLE Y NÚMERO <u>JAVIER MINA 504 OTE</u> | | |
| <u>CENTRO</u> COLONIA | <u>26530</u> CÓDIGO POSTAL | <u>8626212124</u> TELÉFONO (CON LADA) |
| <u>ALLENDE</u> LOCALIDAD | <u>COAHUILA</u> ESTADO | <u>ALLENDE</u> MUNICIPIO |



SITUACIÓN ESCOLAR

NUEVO INGRESO REINSCRIPCIÓN REINGRESO CAMBIO
 ALUMNO REGULAR ALUMNO IRREGULAR

SI ES ALUMNO IRREGULAR, ESPECIFIQUE CUÁLES ASIGNATURAS ADEUDA:

| NOMBRE DE LA ASIGNATURA | SEMESTRE |
|-------------------------------|----------|
| GRUPOS Y TALLERES | 04 |
| TALLER DE LECTURA Y REDACCIÓN | 04 |
| | |
| | |

DATOS LABORALES

| | | |
|----------------------|-----------|---------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | TELÉFONO |
| TIPO DE CONTRATACIÓN | BASE ____ | EVENTUAL ____ |
| DÍAS LABORALES | | PUESTO |

ALUMNOS QUE LABORAN EN EDUCACIÓN

| | | | | |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------------|--------------------------|
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | | | | |
| DOMICILIO | | LOCALIDAD | | TELÉFONO |
| NIVEL EDUCATIVO | | | HORARIO | |
| SISTEMA AL QUE PERTENECE | ESTATAL ____ | FEDERAL ____ | PARTICULAR ____ | ANTIGÜEDAD AÑOS MESES |
| NÚMERO DE HORAS | | | GRADOS QUE ATIENDE | |
| MATERIAS QUE ATIENDE: | | | | |
| CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES): | | | | |

OTROS IDIOMAS

| | | |
|-------------|--------------|------------------------|
| INGLÉS ____ | FRANCÉS ____ | OTROS ____ ESPECIFICAR |
|-------------|--------------|------------------------|

FIRMA DEL ALUMNO

FECHA (aaaa/mm/dd)

