

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | |
|--|--|---|
| <u>SAUCEDO</u> APELLIDO PATERNO | <u>CABELLO</u> APELLIDO MATERNO | <u>MONICA SUSANA</u> NOMBRE(S) |
| <u>1994/05/28</u> FECHA DE NACIMIENTO | <u>SALTILLO</u> <u>COAHUILA</u> LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO | <u>SACM940528MCLCBN02</u> CURP |
| <u>110501220000</u> NÚMERO DE MATRICULA | <u>8448702977</u> TELÉFONO CELULAR | <u>susi_girl11@hotmail.com</u> DIRECCIÓN ELECTRÓNICA |

SERVICIO MÉDICO

| | |
|---|-------------------------------|
| SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>SECCION 38</u> | |
| EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>MARIA CRISTINA CABELLO SAUCEDO</u> | |
| PARENTESCO <u>MADRE</u> | TELÉFONO <u>8441014848</u> |
| TIPO DE SANGRE <u>ORH+</u> | No. DE AFILIACIÓN <u>5267</u> |
| PADECIMIENTO CRÓNICO | PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO |

DOMICILIO LOCAL

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| CALLE Y NÚMERO <u>ZARAGOZA #118</u> | | |
| <u>ZONA CENTRO</u> COLONIA | <u>25350</u> CÓDIGO POSTAL | <u>8444830243</u> TELÉFONO (CON LADA) |
| <u>SALTILLO</u> LOCALIDAD | <u>COAHUILA</u> ESTADO | <u>ARTEAGA</u> MUNICIPIO |

DOMICILIO FORÁNEO

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| CALLE Y NÚMERO <u>ZARAGOZA #118</u> | | |
| <u>ZONA CENTRO</u> COLONIA | <u>25350</u> CÓDIGO POSTAL | <u>8444830243</u> TELÉFONO (CON LADA) |
| <u>SALTILLO</u> LOCALIDAD | <u>COAHUILA</u> ESTADO | <u>ARTEAGA</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 |
|-------------------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

DATOS LABORALES

| | | |
|--------------------------------------|-----------|---------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA <u>NO TENGO</u> | | |
| 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)

