

DATOS DEL SOLICITANTE

CHAVEZ APELLIDO PATERNO	ORTIZ APELLIDO MATERNO	PAMELA NOMBRE(S)
1993/08/28 FECHA DE NACIMIENTO	CHIHUAHUA CHIHUAHUA LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	CAOP930828MCHHRM04 CURP
110500240000 NÚMERO DE MATRICULA	8442127128 TELÉFONO CELULAR	pam_ela_93@hotmail.com DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

SERVICIO MÉDICO

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>GASTOS MEDICOS MAYORES METLIFE</u>	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>IRMA LETICIA ORTÍZ LOPEZ</u>	
PARENTESCO <u>MADRE</u>	TELÉFONO <u>8441600382</u>
TIPO DE SANGRE <u>O+</u>	No. DE AFILIACIÓN <u>02004/M0416455</u>
PADECIMIENTO CRÓNICO	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO

DOMICILIO LOCAL

CALLE Y NÚMERO <u>PROLONGACIÓN DEL OLMO 265</u>		
<u>VALLE HERMOSO</u> COLONIA	<u>25207</u> CÓDIGO POSTAL	<u>8441340171</u> TELÉFONO (CON LADA)
<u>SALTILLO</u> LOCALIDAD	<u>COAHUILA</u> ESTADO	<u>SALTILLO</u> MUNICIPIO

DOMICILIO FORÁNEO

CALLE Y NÚMERO		
COLONIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CON LADA)
LOCALIDAD	ESTADO	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		
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)