

### DATOS DEL SOLICITANTE

GOMEZ APELLIDO PATERNO	MARTINEZ APELLIDO MATERNO	ANA KAREN NOMBRE(S)
1993/07/16 FECHA DE NACIMIENTO	SALTILLO COAHUILA LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	GOMA930716MCLMRN02 CURP
110500480000 NÚMERO DE MATRICULA	8444492908 TELÉFONO CELULAR	ana_karen.gm@hotmail.com DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

### SERVICIO MÉDICO

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>SERVICIO DE PRESIDENCIA</u>	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>ANIBAL GÓMEZ MARTÍNEZ</u>	
PARENTESCO <u>PADRE</u>	TELÉFONO <u>8441193504</u>
TIPO DE SANGRE <u>O+</u>	No. DE AFILIACIÓN <u>13560</u>
PADECIMIENTO CRÓNICO <u>NINGUNO</u>	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO

### DOMICILIO LOCAL

CALLE Y NÚMERO <u>BLV. EULALIO GUTIERREZ #391</u>		
<u>VALLE DE LAS FLORES</u> COLONIA	<u>25290</u> CÓDIGO POSTAL	<u>(844)2521230</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
PENSAMIENTO MATEMÁTICO INFANTIL	7
COMPUTACIÓN V	6

**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)

