

**DATOS DEL SOLICITANTE**

CÁRDENAS APELLIDO PATERNO	HERNÁNDEZ APELLIDO MATERNO	REGINA NOMBRE(S)
1993/10/14 FECHA DE NACIMIENTO	MONTERREY NUEVO LEÓN LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	CAHR931014MNLRRG06 CURP
110500150000 NÚMERO DE MATRICULA	8442933493 TELÉFONO CELULAR	regicardenas@hotmail.com DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

**SERVICIO MÉDICO**

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>PRIVADO (METLIFE)</u>	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>SANDRA REGINA HERNÁNDEZ RIOJAS</u>	
PARENTESCO <u>MADRE</u>	TELÉFONO <u>8441073438</u>
TIPO DE SANGRE <u>O+</u>	No. DE AFILIACIÓN <u>06001 L0140659</u>
PADECIMIENTO CRÓNICO	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO

**DOMICILIO LOCAL**

CALLE Y NÚMERO <u>REYNOSA #481</u>		
REPUBLICA OTE. COLONIA	25280 CÓDIGO POSTAL	8444165862 TELÉFONO (CON LADA)
SALTILLO LOCALIDAD	COAHUILA ESTADO	SALTILLO 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 <u>X</u>	FRANCÉS ____	OTROS ____ ESPECIFICAR
-----------------	--------------	------------------------

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
FECHA (aaaa/mm/dd)