

DATOS DEL SOLICITANTE

JUAREZ APELLIDO PATERNO	ARECHIGA APELLIDO MATERNO	MONSERRAT NOMBRE(S)
1994/05/03 FECHA DE NACIMIENTO	SALTILLO COAHUILA LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	JUAM940503MCLRRN04 CURP
110500650000 NÚMERO DE MATRICULA	8446071900 TELÉFONO CELULAR	monse_dana26@hotmail.com DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

SERVICIO MÉDICO

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>IMSS</u>	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>GUSTAVO JUAREZ ARROYO</u>	
PARENTESCO <u>PADRE</u>	TELÉFONO <u>8441206665</u>
TIPO DE SANGRE <u>O +</u>	No. DE AFILIACIÓN <u>32 86 66 81 35 3E 94 OR</u>
PADECIMIENTO CRÓNICO <u>NO TENGO</u>	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO <u>NO TENGO</u>

DOMICILIO LOCAL

CALLE Y NÚMERO <u>IGNACIO DE LA LLAVE NORTE #120</u>		
ZONA CENTRO COLONIA	25000 CÓDIGO POSTAL	4-12-94-88 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 ____	FRANCÉS ____	OTROS ____ ESPECIFICAR <u>NO</u>
-------------	--------------	-------------------------------------

FIRMA DEL ALUMNO

FECHA (aaaa/mm/dd)