

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN REINSCRIPCIÓN
 Ciclo Escolar 2016-2017



Escuela Normal de Educación Preescolar
 Licenciatura en Educación Preescolar
 Semestre 01 Sección "A" Modalidad Escolarizada

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | |
|--|--|---|
| <u>IBARRA</u> APELLIDO PATERNO | <u>MARTÍNEZ</u> APELLIDO MATERNO | <u>FABIOLA ELIZABETH</u> NOMBRE(S) |
| <u>1998/09/14</u> FECHA DE NACIMIENTO | <u>SALTILLO</u> <u>COAHUILA</u> LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO | <u>IAMF980914MCLBRB08</u> CURP |
| <u>160500520000</u> NÚMERO DE MATRICULA | <u>8443551704</u> TELÉFONO CELULAR | <u>fabyibmtz14@hotmail.com</u> DIRECCIÓN ELECTRÓNICA |

SERVICIO MÉDICO

| | |
|---|--|
| SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>IMSS</u> | |
| EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>ROSA VELIA MARTINEZ CALDERÓN</u> | |
| PARENTESCO <u>MAMÁ</u> | TELÉFONO <u>8444432841</u> |
| TIPO DE SANGRE <u>A+</u> | No. DE AFILIACIÓN <u>147750343422676950084</u> |
| PADECIMIENTO CRÓNICO <u>NO TENGO</u> | PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO <u>NINGUNO</u> |

DOMICILIO LOCAL

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------|--|
| CALLE Y NÚMERO <u>ESCUELA #776</u> | | |
| <u>SAN RAMÓN</u> COLONIA | <u>25020</u> CÓDIGO POSTAL | <u>8444125095</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 <u>NO TRABAJO</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 <u>NO TENGO</u> |
|-------------|--------------|---|

FIRMA DEL ALUMNO

FECHA (aaaa/mm/dd)