

A LA LUZ POR EL SAGE

DATOS DEL SOLICITANTE

<u>GOMEZ</u>	<u>HERNANDEZ</u>	<u>SARA YAMILET</u>		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)		
2003/04/19 FECHA DE NACIMIENTO	<u>SALTILLO</u> <u>COAHUILA</u> LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	GOHS030419MCLMRRA4 CURP		
<u>200500310000</u>	<u>8442926227</u>	sarayamilet.gomez.h0304@alumnocoahuila.gob.mx		
NÚMERO DE MATRICULA	TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA		

SERVICIO MÉDICO

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>ISSTE</u>			
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>ROBERTO GOMEZ VALENZUELA</u>			
PARENTESCO <u>PADRE</u>	TELÉFONO <u>8442798594</u>		
TIPO DE SANGRE <u>O+</u>	No. DE AFILIACIÓN		
PADECIMIENTO CRÓNICO	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO <u>NO</u>		

DOMICILIO LOCAL

CALLE Y NÚMERO <u>CUBA 3363</u>		
AMPLIACION 26 DE MARZO	<u>25086</u>	<u>8442926227</u>
COLONIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CON LADA)
<u>SALTILLO</u>	<u>COAHUILA</u>	<u>SALTILLO</u>
LOCALIDAD	ESTADO	MUNICIPIO

DOMICILIO FORÁNEO

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











SITUACIÓN ESCOLAR

_	X ALUMNO IRR	EGULAR	NGRESO	Ш	CAMBIO
SI ES ALUMNO IRREGU	JLAR, ESPECIFIQU	E CUÁLES ASIGNATURAS	S ADEUDA:		
	NOMBRE DE L	A ASIGNATURA/CURSO			SEMESTRE
		DATOS LABORA	LES		
NOMBRE DE LA EMPRESA					
DOMICILIO		LOCALIDAD		TELÉFONO	
TIPO DE CONTRAT	ACIÓN	BASE		EVENTUAL	
DÍAS LABORALES				PUESTO	
	ALI	UMNOS QUE LABORAN E	N EDUCAC	ción	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN					
DOMICILIO	DOMICILIO LOCALIDAD			TELÉFONO	
	NIVEL EDUCATIVO		HORARIO		
SISTEMA AL QUE PERTENECE	ESTATAL	FEDERAL	PAR	TICULAR	ANTIGÜEDAD <u>AÑOS MESES</u>
NÚMERO DE HORAS		GRADOS QUE ATIENDE			
MATERIAS QUE ATIENDE:					
CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES):				
		OTROS IDIOMA	\S		
INGLÉS FRANCÉS			OTROS ESPECIFICAR		
	'				



/coahuila)es/

FECHA (aaaa/mm/dd)