

CICLO ESCOLAR 2021-2022
 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN REINSCRIPCIÓN



Escuela Normal de Educación Preescolar
 Licenciatura en Educación Preescolar 2018
 Semestre 01 Sección "A" Modalidad Escolarizada

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| DE LA ROSA APELLIDO PATERNO | DE SANTIAGO APELLIDO MATERNO | MELANIE ARANZAZU NOMBRE(S) |
| 2004/04/24 FECHA DE NACIMIENTO | SALTILLO COAHUILA LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO | ROSM040424MCLSNLA9 CURP |
| 210500180000 NÚMERO DE MATRICULA | 8441037029 TELÉFONO CELULAR | melaniearanzazu.delarosa.d0404@alumnocoahuila. gob.mx DIRECCIÓN ELECTRÓNICA |

SERVICIO MÉDICO

| | |
|--|---|
| SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>HOSPITAL MAGISTERIO</u> | |
| EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>MARIA TERESA DE LA ROSA DE SANTIAGO</u> | |
| PARENTESCO <u>HERMANA</u> | TELÉFONO <u>8443616219</u> |
| TIPO DE SANGRE <u>O+</u> | No. DE AFILIACIÓN <u>100462-4</u> |
| PADECIMIENTO CRÓNICO <u>NINGUNO</u> | PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO <u>NINGUNO</u> |

DOMICILIO LOCAL

| | | |
|--|------------------------|-----------------------------------|
| CALLE Y NÚMERO <u>CALLE DEL CERRO AND.4 #155</u> | | |
| ALFREDO V. BONFIL COLONIA | 25150 CÓDIGO POSTAL | 8441037029 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/CURSO | 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 |
|-------------|--------------|------------------------|

 FIRMA DEL ALUMNO

 FECHA (aaaa/mm/dd)