

DATOS DEL SOLICITANTE

<u>CEPEDA</u>	<u>GARCÍA</u>	PERLA ABIGAIL	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
1998/11/24 FECHA DE NACIMIENTO	<u>SALTILLO</u> <u>COAHUILA</u> LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	CEGP981124MCLPRR09 CURP	
<u>210500110000</u>	<u>8442278200</u>	perlaabigail.cepeda.g9811@alumnocoahuila.gob.mx	
NÚMERO DE MATRICULA	TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	

SERVICIO MÉDICO

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: IMSS		
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>NORMA ANGELICA GARCIA PEREZ</u>		
PARENTESCO <u>MADRE</u>	TELÉFONO <u>8442337009</u>	
TIPO DE SANGRE <u>O+</u>	No. DE AFILIACIÓN <u>01-13-98-7732-6</u>	
PADECIMIENTO CRÓNICO <u>NINGUNO</u>	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO	

DOMICILIO LOCAL

CALLE Y NÚMERO <u>AEROPUERTO DEL CARMEN</u>	<u>#1565</u>	
<u>ISABEL AMALIA</u>	<u>25130</u>	<u>8444811877</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













ESCUELA NORMAL DE EDUCACIÓN PREESCOLAR CÉD**SITALACIÓN EISCORIAR**IÓN

NUEVO INGRESO	REINSCE	=	REINGRES	so <u> </u>	CAMBIO	
	X ALUMNO					
SI ES ALUMNO IRREG				JDA:		
	NOMBRE	DE LA ASIGNATURA/CUF	RSO		SEMESTRE	
		DATOS	LABORALES			
NOMBRE DE LA EMPRESA						
DOMICILIO)	LOCA	LIDAD		TELÉFONO	
TIPO DE CONTRA	TACIÓN	BASE			EVENTUAL	
DÍAS LABORALES PUESTO						
		ALUMNOS QUE LA	BORAN EN EDU	ICACIÓN		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	I					
DOMICILIO)	LOCA	LOCALIDAD		TELÉFONO	
NI	VEL EDUCATIVO			HORARIO		
SISTEMA AL QUE PERTENECE	ESTATAL_	FEDER	AL	PARTICULAR	ANTIGÜEDAD <u>AÑOS MESES</u>	
NÚMERO DE HORAS GRADOS QUE A			ATIENDE			
MATERIAS QUE ATIENDE:						
CLAVE(S) PRESUPUESTAL(E	S):					
		OTRO	SIDIOMAS			
INGLÉS		FRANCÉS			OTROS ESPECIFICAR	
INGLES	-	FRANC	ÉS	OTR	OS ESPECIFICAR	



FIRMA DEL ALUMNO

FECHA (aaaa/mm/dd)

