

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LICENCIATURA

			FECHA:			
DATOS DEL A	LUMNO		CARRERA:			
NOMBRE:						
NOMBRE.	APELLIDO PATERNO	APELLID	O MATERNO	NO	OMBRE (S)	
DIRECCIÓN:						
	CALLE Y No.	COLONIA	DELEGACIÓN		C.P.	
TELÉFONO:			E-MAIL:			
	CASA	CELULAR	E POVIE			
FECHA DE NACIM	IIENTO:	LUGAR DE I	NACIMIENTO:	NACIONA	ALIDAD:	
NOMBRE COMPL	ETO DEL PADRE:					
NOMBRE COMPL	ETO DE LA MADRE:					
PARA CORRES	SPONDENCIA A LOS PA	ADRES:				
	ETO DEL PADRE O TUTOR:					
DIRECCIÓN:	CALLE Y No		COLONIA	DELEGAC	IÓN	C.P.
	CALL THE	<i>5</i> .	COLONIA	DELEGAC	ION	C.P.
TELÉFONO:	Low Ave					
	CASA		OFICINA			
SI EL SOLICIT	ANTE TRABAJA:					
EMPRESA:						
DIRECCIÓN:						
	CALLE Y No	Э.	COLONIA	DELEGAC	IÓN	
TELÉFONO:						
DATOS DE UN	I FAMILIAR QUE NO VI	VA CON EL SOLIC	CITANTE:			
NOMBRE:	¥					
DIRECCIÓN:						
	CALLE Y No	О.	COLONIA	DELEGAC	ION	
TELÉFONO:						
PARENTESCO:						
DATOS ACADI	EMICOS: BACHILLERA	TO O EQUIVALEN	ITE:			
NOMBRE DE LA IN	NSTITUCIÓN:					
TERMINO MES:	AÑO:		CERTIFICADO:	SI:	NO:	
SECUNDARIA:						
NOMBRE DE LA IN	NSTITUCIÓN:					
TERMINO MES:	AÑO:		CERTIFICADO:	SI:	NO:	
REVALIDACIÓN:						
NOMBRE DE LA IN	ISTITUCIÓN:					
				·		

FIRMA



HOJA DE REGISTRO ALUMNOS DE PRIMER INGRESO

NIVEL: LICENCIATURA () POSGRADO () ESPECIFICAR:

		CICLO	AL QUE SE INSCRIBE:			
NOTA: Favor de contestar duda, dirígete al departame	codas las preguntas sin ento de Servicios Acad	n dejar espacios vacíos, lémicos o Difusión Univ	ya que estos datos son muy impor versitaria	tantes para que tu expedie	nte esté completo (si tienes alguna	
DATOS PRINCIPALE	S					
NOMBRE:						
	NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		
DIRECCIÓN:						
	CALLE Y No.	COLONIA	DELEGACIÓN O	MUNICIPIO	C.P.	
TELÉFONO:			E-MAIL:			
	CASA	CELULAR				
SEXO	LUGAR Y FECHA DE N	NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	R.F.C.	ESTADO CIVIL	
DATOS PERSONALE	S					
PASATIEMPO:		SIGNO ZODIA	ACAL:	COLOR FAVO	ORITO:	
MÚSICA FAVORITA:		DEPORTE FA		EQUIPO FAVO		
LIBRO FAVORITO:		PELÍCULA FA	VORITA:	CD. O PAÍS FA		
COMIDA FAVORITA:		ARTISTA FAV		351 0 17110 17	WORLD.	
¿EN QUÉ TE GUSTARÍA TE	ABAJAR?					
POR QUÉ?						
FUMAS? SI NO	T ₅ (IENES AUTO? SI	NO ¿CUÁL?			
NOTA: Farmerian and and						
NOTA: Es muy importante		de la fecha de nacim	niento de tus padres.			
CUMPLEAÑOS DE LA MAI	-1.		MES	AÑO		
CUMPLEAÑOS DEL PADRI	=: DÍA		MES	AÑO		
			7123	ANO		
Si hablas, lees y escribes o	tro (s) idioma (s), fa	vor de llenar los esp	acios en blanco, señalando el	porcentaje de desempe	ño.	
DIOMA	LEC	TURA	ORAL	ESC	CRITURA	
1.						
2.						
3.						
Cómo te enteraste de no	sotros?					
EEDIA DE LIA	FERIA DE UNIVERSIDADES REVISTAS OTRO ¿CUÁL?		PO (CIIÁL)			
		PRENSA	011	NO SCOALS		
RECOMEND	NOION		FREINSA			

¿QUÉ ESPERAS DEL CECC?	
DATOS DE LOS PADRES	
DATOS DEL PADRE	
¿VIVE? SI NO ŽVIVES CON ÉL ACTUALMENTE?	SI NO
NOMBRE COMPLETO	
NOMBRE DE LA EMPRESA (TRABAJO ACTUAL) DIRECCIÓN DE OFICINA O PARTICULAR	
TELÉFONO DE OFICINA O PARTICULAR	
DATOS DE LA MADRE	
¿VIVE? SI NO ¿VIVES CON ELLA ACTUALMENTE?	SINO
NOMBRE COMPLETO	
NOMBRE DE LA EMPRESA (TRABAJO ACTUAL)	
DIRECCIÓN DE OFICINA O PARTICULAR	
TELÉFONO DE OFICINA O PARTICULAR	
NOMBRE COMPLETO	
E-MAIL	
RESPONSABLE DE PAGO DE COLEGIATURA	
	TELÉFONIO
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
, MEH 12500	
TRABAJO DEL ALUMNO	
NOMBRE DE LA EMPRESA	TELÉFONO
DIRECCIÓN	
	PUESTO
DATOS MÉDICOS	
TIPO DE SANGRE	
ALERGIAS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, TRATAMIENTOS MÉDICOS, ETCÉTERA	
COMPAÑÍA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS	
NÚMERO DE PÓLIZA	