



Formato de Reinscripción Cuatrimestral

Fecha: _____

Lic. Elizabeth de los Angeles Chuc Pinto

Jefa de Departamento de Control Escolar

Por este medio solicito reinscripción cuatrimestral:

Datos de alumno (a):

Matrícula: _____

Nombre: _____

Carrera: _____

Cuatrimestre solicitado: _____

Período cuatrimestral:

ene-abr

may-ago

sept-dic

Año: _____

Solicitante

Nombre
Firma

Nota: En caso de algún cambio en sus datos personales, favor de actualizarlo a continuación:

Teléfono celular:

Teléfono domicilio:

Correo electrónico personal:

Dirección: