SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LICENCIATURA

FECHA: _____

CARRERA: _____

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

DIRECCIÓN: _____
CALLE Y No. COLONIA DELEGACIÓN C.P.

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____
CASA CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: _____

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE: _____

PARA CORRESPONDENCIA A LOS PADRES:

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O TUTOR: _____

DIRECCIÓN: _____
CALLE Y No. COLONIA DELEGACIÓN C.P.

TELÉFONO: _____
CASA OFICINA

SI EL SOLICITANTE TRABAJA:

EMPRESA: _____

DIRECCIÓN: _____
CALLE Y No. COLONIA DELEGACIÓN

TELÉFONO: _____

DATOS DE UN FAMILIAR QUE NO VIVA CON EL SOLICITANTE:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____
CALLE Y No. COLONIA DELEGACIÓN

TELÉFONO: _____

PARENTESCO: _____

DATOS ACADEMICOS: BACHILLERATO O EQUIVALENTE:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

TERMINO MES: _____ AÑO: _____ CERTIFICADO: SI: _____ NO: _____

SECUNDARIA: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

TERMINO MES: _____ AÑO: _____ CERTIFICADO: SI: _____ NO: _____

REVALIDACIÓN: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

FIRMA _____

HOJA DE REGISTRO
ALUMNOS DE PRIMER INGRESO

NIVEL: LICENCIATURA ( ) POSGRADO ( ) ESPECIFICAR: _____

CICLO AL QUE SE INSCRIBE: _____

NOTA: Favor de contestar todas las preguntas sin dejar espacios vacíos, ya que estos datos son muy importantes para que tu expediente esté completo (si tienes alguna duda, dirígete al departamento de Servicios Académicos o Difusión Universitaria

DATOS PRINCIPALES

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 NACIMIENTO NACIONALIDAD: R.F.C. ESTADO CIVIL

DATOS PERSONALES

PASATIEMPO: _____ SIGNO ZODIACAL: _____ COLOR FAVORITO: _____

MÚSICA FAVORITA: _____ DEPORTE FAVORITO: _____ EQUIPO FAVORITO: _____

LIBRO FAVORITO: _____ PELÍCULA FAVORITA: _____ CD. O PAÍS FAVORITO: _____

COMIDA FAVORITA: _____ ARTISTA FAVORITO: _____

¿EN QUÉ TE GUSTARÍA TRABAJAR? _____

¿POR QUÉ? _____

¿FUMAS? SI ___ NO ___ ¿TIENES AUTO? SI ___ NO ___ ¿CUÁL? _____

NOTA: Es muy importante el registro exacto de la fecha de nacimiento de tus padres.

CUMPLEAÑOS DE LA MADRE: _____

DÍA MES AÑO

CUMPLEAÑOS DEL PADRE: _____

DÍA MES AÑO

Si hablas, lees y escribes otro (s) idioma (s), favor de llenar los espacios en blanco, señalando el porcentaje de desempeño.

IDIOMA	LECTURA	ORAL	ESCRITURA
1.			
2.			
3.			

¿Cómo te enteraste de nosotros?

___ ___ FERIA DE UNIVERSIDADES ___ ___ REVISTAS ___ ___ OTRO ¿CUÁL? _____

___ ___ RECOMENDACIÓN ___ ___ PRENSA

¿QUÉ ESPERAS DEL CECC? _____

_____

_____

DATOS DE LOS PADRES

DATOS DEL PADRE

¿VIVE? SI _____ NO _____ ¿VIVES CON ÉL ACTUALMENTE? SI _____ NO _____

NOMBRE COMPLETO _____ OCUPACIÓN _____

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? SI _____ NO _____

NOMBRE COMPLETO _____ OCUPACIÓN _____

NOMBRE DE LA EMPRESA (TRABAJO ACTUAL) _____

DIRECCIÓN DE OFICINA O PARTICULAR _____

TELÉFONO DE OFICINA O PARTICULAR _____

¿A QUIÉN AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA **(Debe tratarse de un familiar o conocido que no viva con el solicitante)**

NOMBRE COMPLETO _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN PARTICULAR O DE OFICINA _____

E-MAIL _____

RESPONSABLE DE PAGO DE COLEGIATURA

NOMBRE COMPLETO _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN PARTICULAR O DE OFICINA _____

PARENTESCO _____

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 _____