



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Fecha:

Datos del Aspirante

Nombre:			
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Título:		Matrícula:	
Programa:			
Correo electrónico:			

Datos Académicos

Periodo		
Ene - Mar	Abr - Jun	Jul - Sep
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Oct - Dic	
	<input type="text"/>	

Trimestre					
1er Trimestre	<input type="checkbox"/>	2do Trimestre	<input type="checkbox"/>	3er Trimestre	<input type="checkbox"/>
4to Trimestre	<input type="checkbox"/>	5to Trimestre	<input type="checkbox"/>	6to Trimestre	<input type="checkbox"/>
7mo Trimestre	<input type="checkbox"/>	8vo Trimestre	<input type="checkbox"/>	9no Trimestre	<input type="checkbox"/>

Forma de pago

El pago será: Mensual Una sola exhibición

REQUIERE FACTURA: Sí No

R.F.C.	
--------	--

Firma y Sello de Servicios Escolares	Firma y Sello de Caja
Fecha de recepción:	Fecha de recepción:

Firma del (a) alumno (a)