



Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Curso: _____ Sede: C.C. _____ No. de Recibo de Pago: _____

Fecha de inscripción: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año Día Mes Año

Semestre: AGO/ DIC ---- ENE/JUN Correo Electrónico: _____

Calle: _____ No. Int: _____ No. Ext.: _____ C.P. _____

Colonia: _____

CURP: _____

Observaciones:

Padece alguna enfermedad física o psicológica: Si () Cuál? _____ No ()

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año

Calle: _____ No. Int: _____ No. Ext.: _____ C.P. _____

Colonia: _____ Clave INE: _____

Número de teléfono de casa: _____ Celular: _____

AL FIRMAR ESTA FICHA, ME RESPONSABILIZO DE LOS DAÑOS, ACCIDENTES O MALTRATOS QUE PUEDA CAUSAR MI HIJO (A) EN LAS INSTALACIONES DONDE LLEVE A CABO SU CURSO, CLASE O TALLER.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE