



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
 Secretaría Académica - Dirección de Servicios Escolares
PROGRAMA DE EGRESADOS



**Centro
Morelense
de las Artes**

Fecha			ÁREA
Día	Mes	Año	

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Domicilio:

Calle	Número	Colonia
-------	--------	---------

Código postal	Municipio	Estado
---------------	-----------	--------

Sexo	Edad	Escolaridad	Lugar de nacimiento
------	------	-------------	---------------------

CURP												Fecha de nacimiento					
												Día					Año

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

TALLERES

NOMBRE DEL TALLER 1

NOMBRE DEL MAESTRO	HORARIO
--------------------	---------

NOMBRE DEL TALLER 2

NOMBRE DEL MAESTRO	HORARIO
--------------------	---------

Datos de alguna persona a quien se le pueda avisar en caso de emergencia

Nombre	Teléfono
--------	----------

PARA SER LLENADO POR EL CENTRO Costo: _____ A cuenta: _____ Pago de seguro _____ N° de recibo _____	_____ Firma del alumno
---	---------------------------

Documentos que deberá anexar a la solicitud.

Comprobante de Domicilio (3 meses)	copia
------------------------------------	-------