

Datos personales

Matrícula	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Correo Electrónico
Domicilio:	Calle	Número	Colonia CP
Localidad		Municipio	Estado Teléfono de casa/Celular
Medio de difusión por el que se enteró		Estado Civil	Ocupación
<input type="checkbox"/> Prensa	<input type="checkbox"/> Otras personas	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Estudiante
<input type="checkbox"/> Folletos	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Empleado
<input type="checkbox"/> Carteles	<input type="checkbox"/> T.V.		<input type="checkbox"/> Negocio propio
<input type="checkbox"/> Volantes	<input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Jornalero
			<input type="checkbox"/> Otros

Datos Escolares

Plantel	Nombre	Localidad
Generación	Capacitación o Fortalecimiento	

Asignaturas Solicitadas

Clave:	Asignatura:	Semestre:	Motivo de Solicitud:
_____	_____	1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oportunidad laboral
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Continuar estudios superiores
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros motivos
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Documentación entregada: Temarios Ninguna

Díctamen de Dirección Académica (Espacio exclusivo para Dirección Académica)

Esta Dirección Académica con la validación documental del Departamento de Registro y Control Escolar, autoriza esta solicitud de examen especial de las asignaturas antes mencionadas para el cierre de bachillerato, en las fechas conforme a convocatorias que así convengan al interesado.

Departamento de Registro y Control Escolar	Dirección Académica
_____	_____
Lic. Karla Zulema Magaña Cárdenas	Dra. Lydia María López Barraza

SOLICITUD DE EXÁMENES ESPECIALES (C O M P R O B A N T E)

Alumno: _____

Apellido paterno Apellido materno Nombre

Plantel	Nombre	Localidad
---------	--------	-----------

Documentación entregada: Temarios Ninguna
Cubrir cuota en el plantel donde realice la solicitud

Responsable de Control Escolar
Nombre y firma