

# Solicitud de Exámenes Especiales

Fecha de Elaboración

## 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"/> Folletos <input type="checkbox"/> Carteles <input type="checkbox"/> Volantes	<input type="checkbox"/> Otras personas <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> T.V. <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Negocio propio	<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"/> Continuar estudios superiores <input type="checkbox"/> Otros motivos
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Documentación entregada: Temarios  Ninguna

## Dictamen 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
<p>_____</p> <p>Lic. Karla Zulema Magaña Cárdenas</p>	<p>_____</p> <p>M.C. Arturo Gutiérrez Olvera</p>

## 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