

Fecha: _____
Matrícula: _____

NOMBRE

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

DOMICILIO

Calle:	No. Ext.	No. Int.
Colonia:	C.P.:	
Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa:	

DATOS DE CONTACTO

Celular:	Particular:	Oficina:
Correo:		

PROMEDIOS CUATRIMESTRALES

1°	2°	3°	4°	5°	6°	GENERAL
----	----	----	----	----	----	---------

CUATRIMESTRE AL QUE SE REINSCRIBE

1° 2° 3° 4° 5° 6°
 Ordinario Recursador por semestre Recursador por materia

MATERIA	CUATRIMESTRE

FORMA DE PAGO

Reinscripción \$ _____ cada cuatrimestre
Pago de colegiaturas: 24 Parcialidades de \$ _____ cada una
 De contado \$ _____ Por Cuatrimestre \$ _____ Convenio
 Premio Otros: _____
Opcional: Reinscripción de \$ _____ por materia
 Pago cuatrimestral de \$ _____ por materia 4 Pagos mensuales de \$ _____ por materia

***Nota: Las colegiaturas son susceptibles de actualización sin previo aviso.**

DATOS DE FACTURACIÓN

Persona Física Persona Moral Público en general
 Razón social: _____ RFC: _____
 Domicilio fiscal: _____

Calle:	No. Ext.	No. Int.
Colonia:	C.P.:	
Alcaldía o Municipio:	Entidad federativa:	

Firma del alumno

Sello de Control Escolar