**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del alumno:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Carrera:** | **IAGRO**  **ISOFT**  **LNA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de matrícula:** |  |
| **Periodo escolar:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contacto de emergencia:** | **Teléfono del contacto:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar de nacimiento** | | | | | | | |
| Localidad |  | Municipio |  | Estado |  | País |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar de procedencia** | | | | | | |
| Localidad |  | Municipio |  |  | Estado |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domicilio actual** | | | | | | | | | | |
| Calle y Número | |  | |  | Colonia |  | | | | |
| Localidad |  | | Municipio |  | |  | Estado |  | C.P. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono celular |  | | | | | | | | | Teléfono fijo | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Correo Electrónico |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CURP |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| Número de Seguridad Social | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Perteneces a un pueblo originario?** | | ☐ Si ☐ No | | **¿Cuál?** |  |
| **¿Habla alguna lengua indígena?** | ☐ Si ☐ No | **¿Cuál?** |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Presentas alguna discapacidad?** | ☐ Si ☐ No |

**En caso de presentar alguna discapacidad, seleccione la que corresponda:**

☐Física/motriz ☐Discapacidad psicosocial

☐Auditiva ☐Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Visual

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Tiene algún padecimiento o enfermedad?** | **¿En caso afirmativo, cual es la enfermedad o padecimiento?** | **¿Requiere algún medicamento para controlar su enfermedad o padecimiento? Si es así, mencione cual** |
| SI ☐ NO ☐ |  |  |

# DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del padre o tutor:** |  | Teléfono |  |
| **Nombre de la madre o tutora:** |  | Teléfono |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS FAVOR DE PONER UNA CRUZ POR CADA DOCUMENTO ENTREGADO** | | | | | |
| **Acta de nacimiento original:** |  | **Copia de comp. de domicilio:** |  | **Copia CURP:** |  |
| **Certificado de bachillerato original o constancia:** |  | **Copia de INE:** |  | **N° de Seguro Social:** |  |
| **Otros:** |  |  |  |  |  |

**\*Me comprometo a entregar mi certificado de bachillerato original antes de que culmine el año 2022, de lo contrario deslindo de**

**cualquier responsabilidad y/o situación jurídica que de ello genere a todo el personal de la U.P.E.N.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAGOS EFECTUADOS** | | | |
| **CENEVAL** |  | **CUATRIMESTRE** |  |
| **INSCRIPCIÓN** |  | **PLATAFORMA** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO**