



## Formato de Reinscripción Cuatrimestral

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

**Lic. Elizabeth de los Angeles Chuc Pinto**

Jefa de Departamento de Control Escolar

Por este medio solicito reinscripción cuatrimestral:

**Datos de alumno (a):**

**Matrícula:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Carrera:** \_\_\_\_\_

**Cuatrimestre solicitado:** \_\_\_\_\_

**Período cuatrimestral:**

**ene-abr**

**may-ago**

**sept-dic**

**Año:** \_\_\_\_\_

Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre  
Firma

**Nota:** En caso de algún cambio en sus datos personales, favor de actualizarlo a continuación:

**Teléfono celular:**

**Teléfono domicilio:**

**Correo electrónico personal:**

**Dirección:**