



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
SISTEMA DE CONTROL ESCOLAR



LICENCIATURA: _____ MATRÍCULA: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

NACIONALIDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN EN LA CIUDAD: _____ # _____

COLONIA: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ E-MAIL: _____

TRABAJA: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

TELÉFONO: _____ HORARIO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____ TRABAJA: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____ TRABAJA: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____

SERVICIO MÉDICO: _____ NÚMERO DE AFILIACIÓN: _____

ALERGIAS: SI () NO () ESPECIFIQUE: _____ TIPO DE SANGRE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____