

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Centro para el Desarrollo Integral de la Familia**

Ciclo escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Taller al que desea Ingresar:**

Belleza     Corte y Confección     Manualidades     Cocina     Auxiliar de Enfermería   
 Karate     Computación     Inglés

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
_____	_____	_____
<b>CURP:</b> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico _____	Cel. alumno _____	
Nombre del Padre, Madre o Tutor _____		
Domicilio _____		
	Calle y número	Colonia
Municipio _____	Tel. Casa _____	Cel. Mamá o Papá _____
El alumno ¿cuenta con servicio médico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cual? _____
Ocupación _____	Estado Civil _____	N° de hijos _____
Copia acta de nacimiento <input type="checkbox"/>	CURP <input type="checkbox"/>	Fotografía <input type="checkbox"/>
	INE <input type="checkbox"/>	Certificado de secundaria <input type="checkbox"/>
Nombre y firma del solicitante _____ / _____		