



Universidad Regional del Sureste, A. C.

INSCRIPCIÓN

MEDICINA

PEGAR
FOTO
ORIGINAL
OBLIGATORIO

PERIODO: AGO 17 - JUN 18

ALUMNO

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ MATRÍCULA: _____ (RFC) _____

CARRERA: _____ GRADO: _____ GRUPO: _____
(a cursar)

REGULAR EQUIVALENCIA

DOMICILIO: _____
COLONIA: _____
CIUDAD: _____ C.P.: _____ TIPO DE SANGRE: _____
TELÉFONO: _____ EDO. CIVIL: _____ EDAD: _____
ESCUELA DE PROCEDENCIA _____ LUGAR DE LA ESCUELA _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____ // ____ // ____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
CURP: _____ EMAIL: _____

PADRES

NOMBRE DEL PADRE: _____ VIVE: SI NO
OCUPACION: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ VIVE: SI NO
OCUPACION: _____

TUTOR

TUTOR: _____ EDAD: _____
DOMICILIO: _____ COLONIA: _____
CIUDAD: _____ C.P.: _____ TEL.: _____
PARENTESCO: _____

MATERIAS A CURSAR (EQUIVALENCIA)	GRADO Y GRUPO
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____

LABORA EN ALGUNA ACTIVIDAD AFIN A SUS ESTUDIOS SI NO

FIRMA DE ALUMNO

FIRMA DEL TUTOR

COORD. GRAL. DE SERVICIOS ESCOLARES
