

Universidad Regional del Sureste, A. C.



INSCRIPCIÓN

MEDICINA

PEGAR FOTO ORIGINAL OBLIGATORIO

PERIODO: AGOSTO 18 - JUNIO 19

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
