INSTITUTO ALEJANDRÍA

SOLICITUD DE ADMISIÓN

22 Sur 5526 Col. San Manuel
Tels. 2 45 07 57 / 2 45 42 31
info@institutoalejandria.edu.mx

A la dirección del Plantel
PRESENTE

Por este medio solicito que mi hijo (a) sea admitido (a) en el _____ grado de la escuela:

☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato

Ciclo escolar: _____

Estoy conforme con que, una vez hecha la inscripción, tengo **cinco días hábiles** para cancelarla. Después de ese lapso no se me devolverá el importe de la misma.

Nombre del Alumno (a): _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ C.P. _____

Nombre del Padre o Tutor: _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo: _____

Domicilio: _____ C.P. _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono (s) del Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Mail: _____

Nombre de la Madre o Tutora: _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo: _____

Domicilio: _____ C.P. _____

Teléfono Particular: _____ Teléfono (s) del Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Mail: _____

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

FIRMA: _____

Al inscribir a nuestro hijo (a), **conocemos y aceptamos** el reglamento del colegio y colaboramos con él.

***Visite nuestro Aviso de Privacidad**