



ACTA DE MATRICULA

PERIODO ACADEMICO
Agosto 2017 - Junio 2018
Favor llenar en letra imprenta

foto a color de frente 3x4

FECHA: _____

ALUMNO (A): _____

REGISTRO CIVIL O PASAPORTE No. _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION RESIDENCIA: _____ TELS. RESIDENCIA: _____

NOMBRE PADRE: _____

IDENTIFICACION _____ FECHA NACIMIENTO: _____

PROFESION: _____

EMPRESA: _____ CARGO: _____

TELEFONO MOVIL PADRE: _____ TELEFONOS OFICINA PADRE: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE MADRE: _____

IDENTIFICACION: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

PROFESION: _____

EMPRESA: _____ CARGO: _____

TELEFONO MOVIL MADRE: _____ TELEFONOS OFICINA MADRE: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Los firmantes nos comprometemos a dar cumplimiento al Contrato Educativo.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

FIRMA DE LA GERENTE