

**SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE VERACRUZ
SUBSECRETARIA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE TELEBACHILLERATO**

Llenar a máquina o a mano con letra de imprenta

NOMBRE DEL PLANTEL		CLAVE y TURNO
LOCALIDAD y MUNICIPIO		FOLIO DE ARANCEL POR SEMESTRE
FECHA	DIA MES AÑO	AÑO ESCOLAR
		1° _____ 5° _____ 2° _____ 6° _____ 3° _____ 4° _____

DATOS DEL SOLICITANTE	NOMBRE COMPLETO			
	NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	LUGAR DE NACIMIENTO Localidad -Mpio- Estado		FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
			DIA _____ MES _____ AÑO _____	MEX- <input type="radio"/> OTRA <input type="radio"/>
	TIPO DE SANGRE:	LENGUA MATERNA:	CURP:	
	DOMICILIO, COLONIA		LOCALIDAD	TELÉFONO

DATOS DE SECUNDARIA	NOMBRE DEL PLANTEL DE PROCEDENCIA		LOCALIDAD y MUNICIPIO	
	TIPO DE ALUMNO	MODALIDAD	TURNO	DEPENDENCIA
CON CERTIFICADO <input type="radio"/>	FALTA CERTIFICADO <input type="radio"/>	ESCOLARIZADO <input type="radio"/>	IVEA <input type="radio"/>	MAT. <input type="radio"/>
		VESP. <input type="radio"/>	NOCT. <input type="radio"/>	ABIERTO <input type="radio"/>
		SEV. <input type="radio"/>	SEP. <input type="radio"/>	OTRO <input type="radio"/>
FECHA DE CONCLUSION SECUNDARIA				

DATOS DE BACHILLERATO	PLANTEL DE PROCEDENCIA y FECHA DE CONCLUSIÓN DE ESTUDIOS		CLAVE	LOCALIDAD y MUNICIPIO
	SEMESTRE QUE CURSARÁ	ÁREA PROPEDEUTICA	GRUPO	
	1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 3° <input type="radio"/> 4° <input type="radio"/> 5° <input type="radio"/> 6° <input type="radio"/>	C.S. <input type="radio"/> E.A. <input type="radio"/> H.A. <input type="radio"/> TEC. <input type="radio"/>	U <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> G <input type="radio"/> H <input type="radio"/> I <input type="radio"/>	
TIPO DE ALUMNO	<input type="radio"/> IRREGULAR EN LA(S) MATERIA(S) DE:		<input type="radio"/> REPETIDOR EN LA(S) MATERIA(S) DE:	
REG. <input type="radio"/>	_____		_____	

DATOS DEL PADRE O TUTOR	NOMBRE		Ocupación		PARENTESCO	
					PADRE <input type="radio"/>	MADRE <input type="radio"/>
					TUTOR <input type="radio"/>	
	DOMICILIO		LOCALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO POSTAL	
NIVEL DE ESTUDIOS:			SABE LEER y ESCRIBIR:			

DOCUMENTOS PRESENTADOS	TELEBACHILLERATO	
	<input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO y 2 FOTOCOPIAS	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE SECUNDARIA COMPLETO y 2 FOTOCOPIAS
	<input type="checkbox"/> CARTA DE BUENA CONDUCTA	<input type="checkbox"/> CUATRO FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL EN BLANCO Y NEGRO
	<input type="checkbox"/> C.U.R.P.	<input type="checkbox"/> CARTA RESPONSIVA
	<input type="checkbox"/> CONSTANCIA LEGALIZADA	OTROS _____

BECAS DEL ALUMNO	<input type="checkbox"/> EXCELENCIA ACADEMICA	<input type="checkbox"/> PRONABES	CAPACIDADES ESPECIALES DEL ALUMNO	<input type="checkbox"/> CEGUERA	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD AUDITIVA
	<input type="checkbox"/> OPORTUNIDADES	<input type="checkbox"/> OTRA _____		<input type="checkbox"/> SORDERA	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD INTELECTUAL
	<input type="checkbox"/> NIÑOS DE EXCELENCIA			<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD MOTRIZ	OTRA _____
	<input type="checkbox"/> APROVECHAMIENTO ESCOLAR			<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD VISUAL	

NOS COMPROMETEMOS FORMALMENTE A CUMPLIR CON LA LEY DE EDUCACIÓN PARA EL ESTADO DE VERACRUZ, ASÍ COMO A ACATAR LOS REGLAMENTOS Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES QUE EMANEN DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE VERACRUZ, DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE TELEBACHILLERATO Y DE LA COORDINACIÓN DEL CENTRO.

NOMBRE Y FIRMA SOLICITANTE

(Cotejó) NOMBRE Y FIRMA COORDINADOR

NOMBRE Y FIRMA PADRE O TUTOR

(Vo. Bo.) NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR