



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Secretaría Académica - Dirección de Servicios Escolares

PROGRAMA DE EGRESADOS



**Centro
Morelense
de las Artes**

Fecha			ÁREA
Día	Mes	Año	

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Domicilio:

Calle	Número	Colonia
-------	--------	---------

Código postal	Municipio	Estado
---------------	-----------	--------

Sexo	Edad	Escolaridad	Lugar de nacimiento
------	------	-------------	---------------------

CURP	Fecha de nacimiento		
	Día	Mes	Año

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

TALLERES

NOMBRE DEL TALLER 1

NOMBRE DEL MAESTRO	HORARIO
--------------------	---------

NOMBRE DEL TALLER 2

NOMBRE DEL MAESTRO	HORARIO
--------------------	---------

Datos de alguna persona a quien se le pueda avisar en caso de emergencia
--

Nombre	Teléfono
--------	----------

PARA SER LLENADO POR EL CENTRO
Costo: _____
A cuenta: _____
Pago de seguro _____
N° de recibo _____

Acepto haber leído y conocer el contenido de las disposiciones vigentes del Código de Conducta, Reglamento de Selección, Ingreso, Permanencia, Egreso, Tarifas y Cuotas de los Alumnos, así como cumplir con la demás Normatividad aplicable del Centro Morelense de las Artes publicados en los presentes enlaces QR y en la página web oficial del CMA



Firma del alumno

Documentos que deberá anexar a la solicitud.	
Comprobante de Domicilio (3 meses)	copia