



# UNIVERSIDAD MONTRER

## LICENCIATURA SISTEMA MIXTO (SDM) SOLICITUD DE ADMISIÓN

CICLO ESCOLAR:

### ESTUDIOS SUPERIORES EN:

EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGÍA	<input type="checkbox"/>
PEDAGOGÍA	<input type="checkbox"/>
EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/>
DESARROLLO INFANTIL	<input type="checkbox"/>
ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA	<input type="checkbox"/>
NUTRICIÓN	<input type="checkbox"/>

### DOCUMENTACIÓN

FOTO

ACTA DE NACIMIENTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CERTIFICADO MÉDICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CURP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONSTANCIA DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERNET <input type="checkbox"/>	ORIGINAL <input type="checkbox"/>		3 FOTOGRAFÍAS TAM. INFANTIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE PREPARATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGLAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDIO POR EL CUAL SE ENTERÓ DE SISTEMA MIXTO (SDM):

### DATOS GENERALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOMBRE(S)			
<input type="text"/>			
GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DÍA: <input type="text"/> MES: <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/>	
LUGAR DE NACIMIENTO			
MUNICIPIO		ESTADO	PAÍS
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.U.R.P.		ESTADO CIVIL:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO PARTICULAR			
CALLE Y NÚMERO		COLONIA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTRE LA CALLE	Y LA CALLE	CÓDIGO POSTAL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MUNICIPIO		ESTADO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO CELULAR	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

## DATOS DEL PADRE

NOMBRE DEL PADRE

¿VIVE?

OCUPACIÓN

DOMICILIO PERSONAL

COLONIA

ENTRE LA CALLE

Y LA CALLE

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

ESTADO

TELÉFONOS PERSONALES

CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA:

MES:

AÑO:

EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA

DOMICILIO DEL LUGAR DONDE TRABAJA

COLONIA

PUESTO QUE OCUPA

TELÉFONOS DEL LUGAR DONDE TRABAJA

CORREO ELECTRÓNICO

## DATOS DE LA MADRE

NOMBRE DE LA MADRE

¿VIVE?

OCUPACIÓN

DOMICILIO PERSONAL

COLONIA

ENTRE LA CALLE

Y LA CALLE

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO

ESTADO

TELÉFONOS PERSONALES

CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA:

MES:

AÑO:

EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA

DOMICILIO DEL LUGAR DONDE TRABAJA

COLONIA

PUESTO QUE OCUPA

TELÉFONOS DEL LUGAR DONDE TRABAJA

CORREO ELECTRÓNICO

### DATOS ADICIONALES DEL ALUMNO

ESTADO CIVIL

FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN

DÍA

MES

AÑO

### DATOS DEL MÉDICO FAMILIAR

NOMBRE DEL MÉDICO

TELÉFONO(S) DEL MÉDICO

HOSPITAL QUE PUEDE SER UTILIZADO EN CASO DE EMERGENCIAS

### DATOS OTRO FAMILIAR

NOMBRE DE UN FAMILIAR

TELÉFONO(S) DEL FAMILIAR

PARENTESCO CON LA PERSONA

### PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO(A)

NOMBRE

PARENTESCO

### INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA Y DATOS DE LA ESCOLARIDAD ANTERIOR

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA

ESCOLARIDAD ANTERIOR O GRADO DE ESTUDIOS

PROMEDIO DE LA ESCOLARIDAD ANTERIOR

LUGAR DONDE SE CURSÓ EL GRADO DE ESTUDIOS

### ADICIONALES

AÑO DE TÉRMINO

OBSERVACIONES

CORREO ELECTRÓNICO DEL ALUMNO

ALUMNO EXTEMPORÁNEO

ALUMNO REINSCRITO EN EL PRESENTE CICLO

ALUMNO REPETIDOR

ALUMNO CON TRATAMIENTO ESPECIAL

## CAMPOS PARTICULARES DE USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

DEPORTE FAVORITO

SEMESTRE AL QUE SOLICITA INGRESO

FECHA DE ENTREVISTA

DÍA

MES

AÑO

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

## FICHA MÉDICA DEL ALUMNO(A)

TIPO DE SANGRE

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

INDICACIONES MÉDICAS IMPORTANTES

ANTECEDENTES FAMILIARES

CÁNCER

TUMORACIONES

DIABETES

OBESIDAD

TUBERCULOSIS

EPILEPSIA

FIEBRE REUMÁTICA

CARDOPATÍAS

ANTECEDENTES PERSONALES

SARAMPIÓN

VARICELA

HEPATITIS

PAPERAS

PALUDISMO

TIFOIDEA

TOSFERINA

OTITIS

PARASITOSIS

NEUMONÍA

ARTRITIS

POLIOMELITIS

OTROS (ESPECIFICAR)

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

TRAUMATISMOS

ALERGIAS

MEDICAMENTOS

ALIMENTOS

PLANTAS

OTROS (ESPECIFICAR)

## RESPONSABLE DEL PAGO DE COLEGIATURAS

NOMBRE

PARENTESCO

TEL. O CEL.

- 1.- ESTOY DISPUESTO(A) A ACATAR LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN Y SU REGLAMENTO, SABRIENDO QUE DE NO HACERLO PODRÉ SER DADO(A) DE BAJA.
- 2.- ESTOY DE ACUERDO EN QUE MI APARIENCIA, MI VESTIMENTA Y MI COMPORTAMIENTO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN SERÁ CORRECTO, RESPETUOSO Y APROPIADO, Y QUE ESTO CONTRIBUYE A LA IMAGEN EJEMPLAR DE LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL MONTRER.
- 3.- ESTOY CONCIENTE Y ACEPTO QUE TODAS LAS MEDIDAS QUE LA INSTITUCIÓN TOME, SERÁN EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL MONTRER Y NUNCA EN BENEFICIO DE UNA SOLA PERSONA O GRUPO DE PERSONAS.
- 4.- ACEPTO QUE HE RECIBIDO EL REGLAMENTO GENERAL DE ALUMNOS QUE LO HE LEÍDO, COMPRENDIDO, QUE LAS DUDAS QUE TUVE ME FUERON SUFICIENTEMENTE ACLARADAS; QUE LO ASUMO COMO MI RESPONSABILIDAD.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE LO ATENDIO  
HE REVISADO EN CADA UNA DE SUS PARTES EL LLENADO DE ESTA SOLICITUD