



Oficina de Registraduría

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE REGULAR

Nombre _____ Est. Activo _____ Est. Inactivo _____
 Inicial _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Núm. de Estudiante _____ Colegio _____

Programa de Estudio _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

IDIOMA: () ESPAÑOL () INGLÉS

COPIAS SOLICITADAS: _____

PARA EL SEMESTRE: AGOSTO - DICIEMBRE _____

ENERO - MAYO _____

VERANO _____

() RECOGER EN VENTANILLA (RECEPCIÓN)

() ENVIAR A: _____

Fecha _____
 Día / Mes / Año

Firma _____

USO OFICIAL; NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Rec. Núm. _____ Cantidad \$ _____ Fecha Solicitado ____/____/____ Iniciales _____
 (Costo \$1.35 por cada copia solicitada) Día / Mes / Año

Fecha Procesado _____

