



**CENTRO DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO PARA ASESORES HERBOLARIOS
"LA VOZ DEL ANGEL DE TU SALUD"**

FOLIO: _____

SOLICITUD DE INSCRIPCION

FOTO

NUMERO DE CONTROL: _____

FECHA DE ELABORACION: _____ CURSO _____ GRUPO: _____ CICLO: _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TERMINO: _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL ALUMNO: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION ACTUAL: _____

CLAVE CURP: _____

DATOS GENERALES

DIRECCION: _____
CALLE No. EXT No. INT COLONIA

DELEGACION O MUNICIPIO CODIGO POSTAL ENTIDAD FEDERATIVA

TEL. CASA: _____ TEL. OFICINA: _____ CEL: _____

CORREO ELECTONICO _____

TIPO DE SANGRE: _____

A CURSADO CON ANTERIORIDAD OTRO CURSO EN ESTE PLANTEL _____
CUAL _____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS

DOCUMENTOS ENTREGADOS EN COPIA

PRIMARIA: ()
SECUNDARIA: ()
PREPARATORIA: ()
LICENCIATURA: ()
OTROS: _____

FOTOGRAFIAS: ()
ACTA DE NACIMIENTO: ()
COMPR. DE DOMICILIO: ()
IDENTIFICACION OFICIAL: No. _____ ()
COMPR. DE ESTUDIOS: ()
CURP: ()

FIRMA DEL ALUMNO

NOTA: SI EL ALUMNO HA CURSADO CON ANTERIORIDAD OTRO CURSO, SU NUMERO DE CONTROL SERA EL MISMO EN EL PLANTEL.