



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL  
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS  
"WILFRIDO MASSIEU"  
CURSOS EXTRACURRICULARES DE LENGUAS EXTRANJERAS  
(CELEX)**



**PEGAR FOTO**

IDIOMA: INGLES

BIM DE INGRESO \_\_\_\_\_

MATRICULA CELEX: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ años

SEXO (H) (M)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

CORREO \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

¿ESTUDIA ACTUALMENTE? (SI) (NO)

ESCUELA \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA (MARQUE CON UNA "X")	
Estudiante del IPN	EMPLEADO DEL IPN
N.M.S. ( ) SUP. ( ) POSGRADO ( )	PAAE( ) DOCENTE ( )

FECHA DE NACIMIENTO

CURP \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_ MES \_\_\_ AÑO \_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CALLE

Nº. INTERIOR

Nº. EXTERIOR

COLONIA

C.P. \_\_\_\_\_

ALCALDIA O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

TELEFONO

CELULAR

¿ES ALERGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

Con el fin de brindar un mejor servicio, solicitamos que a continuación escriba el nombre de dos familiares mayores de edad que puedan realizar trámites o recoger documentación suya en caso de que usted no pueda asistir.

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

CELEX del CECyT 11 "WILFRIDO MASSIEU" con domicilio en Av. de los Maestros No. 217, Casco de Santo Tomás, 11340 Ciudad de México, CDMX, está consciente del compromiso que asume de salvaguardar los datos personales que le son proporcionados y por lo tanto en cumplimiento de las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la "Ley") y su Reglamento y con el fin de asegurar la protección y privacidad de los datos. Personales, así como regular los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición del tratamiento de los mismos