



**CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS No. 1**

**WALTER CROSS BUCHANAN**

**FICHA DE REGISTRO**

Código PR17-01-

F01 Versión 02

Página 1 de 1

**PARA USO EXCLUSIVO DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO EXTERNO**



**TIPO DE SERVICIO**

NIVEL MEDIO SUPERIOR

GRUPO: \_\_\_\_\_

Fecha de clasificación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Carácter: **Confidencial**

NIVEL SUPERIOR

Partes clasificadas: **TELEFONO, DOMICILIO**

CELEX

SALÓN: \_\_\_\_\_

OTRO

**FOLIO DE RECIBO:** \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE : \_\_\_\_\_

TURNO

M

V

**DATOS GENERALES**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M CURP \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Año Mes Día

Calle y Número \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Municipio / Delegación: \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono : ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Recados \_\_\_\_\_

Escuela de Procedencia \_\_\_\_\_

**FAMILIARIDAD**

Familiar que Trabaje en el I.P.N.  SI  NO

Parentesco con el Alumno \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador (a) del I.P.N. \_\_\_\_\_ Unidad de Adscripción del Trabajador \_\_\_\_\_

¿Solicitó beca para el curso?  SI  NO

**DATOS DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia comunicarse con: \_\_\_\_\_ Al teléfono: \_\_\_\_\_

El alumno padece alguna enfermedad o alergia:  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Con que medicamento se controla su padecimiento. \_\_\_\_\_

**ACEPTACIÓN DE LINEAMIENTOS**

Recibimos copia de lineamientos vigentes y demás normas establecidas en el plantel; nos comprometemos a leer, cumplir y respetar las disposiciones que se señalan. De no ser así, aceptaremos la sanción que sea impuesta por las autoridades del plantel. Así mismo, nos responsabilizamos de que la documentación presentada y entregada al Centro de Estudios Tecnológicos No. 1 "Walter Cross Buchanan" es de validez oficial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y/o firma del Alumno

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Padre o Tutor

El Centro de Estudios Tecnológicos No. 1 "Walter Cross Buchanan" (C.E.T. No. 1 W.C.B.) con domicilio en Av. 661 s/n, Col. San Juan de Aragón, Demarcación Territorial Gustavo A. Madero, C.P. 07920 Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

**COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN**

NMS  NIVEL SUPERIOR  CELEX  OTRO  ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_

GRUPO \_\_\_\_\_ SALÓN: \_\_\_\_\_ TURNO  M  V

ENTREGA DE LINEAMIENTOS  SI

FOLIO DE RECIBO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBREY FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSCRIPCIÓN

\_\_\_\_\_  
SELLO