FECHA/_	/
---------	---



SEMESTRE: _____

COORDINACIÓN DE FORMACIÓN ACADÉMICA **Departamento de Servicios Escolares**

ADOS	SOLICITUD PA	RA ALTA / BAJA DE C	URSO
re del Alumno:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
ama que Cursa: _			
ria-Profesor:			
l)			()Alta ()Baja
2)			() Alta () Baja
)			() Alta () Baja
Firm	a del Alumno	Firma del Tu	utor ó Asesor
		linador del Programa	
		FEC	:HA//
		SEMESTRE:	
C	OORDINACIÓN DE FO	RMACIÓN ACADÉMIC	Α
	Departamento de S	Servicios Escolares	
AT RADOS	SOLICITUD PA	RA ALTA / BAJA DE C	URSO
ore del Alumno:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
ama que Cursa: _			
ia-Profesor:			
l)			() Alta () Baja
,			.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
			() Alta () Baja
١			() Alto () Poio
3)			() Alta () Baja
Eiro	a del Alumno	Eirma dal Ti	utor ó Asesor

Firma del Coordinador del Programa