



No. DE CONTROL: _____

NOMBRE DEL ALUMNO (A): _____

SEMESTRE Y GRUPO: _____

ESPECIALIDAD: _____

No.	MATERIA	DOCENTE
1		
2		
3		

ESTE FORMATO SE REQUISITA EN ORIGINAL, CON TINTA NEGRA Y LETRA LEGIBLE.



AUTORIZÓ
SECRETARIO (A)

VO.BO. JEFE DE CONTROL ESCOLAR



#SoyCBTis26