



UNIVERSIDAD DEL FUTBOL Y CIENCIAS DEL DEPORTE
ACADÉMICOS LICENCIATURA
CAMBIO DE CALIFICACIÓN

No. Ref.: CUFGD-CA/FOLIO/AÑO

Nombre del alumno: _____
Matrícula: _____
Periodo Escolar: _____
Licenciatura: _____
Grupo: _____
Fecha: _____

Cuatrimstral

PERIODO	ASIGNATURA	CLAVE	ANTERIOR	CAMBIO

Motivo del cambio:

Firma del Coordinador de Licenciatura

Firma de la Coordinación Académica

Vo. Bo. Dirección de Licenciatura y Posgrado