



Universidad del
Fútbol y Ciencias
del Deporte

UNIVERSIDAD DEL FÚTBOL Y CIENCIAS DEL DEPORTE
SERVICIOS ESCOLARES
SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN NIVEL LICENCIATURA ESCOLARIZADA

Fecha		Matrícula:	
día / mes / año			
Periodo		Fecha de Nacimiento:	
Perfil		día / mes / año	

Instrucciones: Favor de llenar completamente y con letra de molde.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Alumno(a) según Acta de Nacimiento			
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Dirección de su lugar de origen			
	Calle	No. Exterior	No. Interior
	Colonia	Municipio o Delegación	Código Postal
			Estado
Dirección en Pachuca (si aplica)			
	Calle	No. Exterior	No. Interior
	Colonia	Municipio o Delegación	Código Postal
			Teléfono

SELECCIÓN DE NIVEL Y PLAN DE ESTUDIOS				MODALIDAD	
Licenciatura en Administración	<input type="checkbox"/>	Licenciatura en Mercadotecnia	<input type="checkbox"/>	Escolarizado	<input type="checkbox"/>
Licenciatura en Ciencias de la Comunicación	<input type="checkbox"/>	Licenciatura en Nutrición	<input type="checkbox"/>		
Licenciatura en Educación Física	<input type="checkbox"/>	Licenciatura en Terapia Física	<input type="checkbox"/>	CUATRIMESTRE	
Licenciatura en Psicología	<input type="checkbox"/>			1° - 10°	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FAMILIAR

DATOS	PADRE	MADRE
Nombre:		
Dirección Completa:		
Estado Civil:		
Teléfono de Casa:	Lada Número	Lada Número
Teléfono de Oficina:	Lada Número Ext.	Lada Número Ext.
Teléfono Celular:	Lada Número	Lada Número
Teléfono de Fax:	Lada Número Ext.	Lada Número Ext.
Correo Electrónico:		
Ocupación:		
Dirección de Oficina:		
Otra Referencia:	Nombre Parentesco	Nombre Parentesco
	Lada Número	Lada Número

CONSIDERACIONES SOBRE LA REINSCRIPCIÓN

- Si el alumno decide darse de baja definitiva de la Institución no se harán devoluciones de los pagos efectuados y deberá haber cubierto los pagos correspondientes hasta la fecha de la solicitud de baja, con lo cual le serán entregados sus documentos en original.

Con mi firma ratifico mi voluntad de reinscribirme en la Universidad del Fútbol y Ciencias del Deporte, y de que conozco el Reglamento de la UFCD, el cual acepto cumplir durante el tiempo que me encuentre en condición de estudiante dentro de la Institución.

Nombre y Firma del Alumno	
Nombre y Firma del Padre, Madre o Tutor <i>(Obligatorio en caso de ser menor de edad)</i>	

Registró	Revisó
_____	Responsable de Nivel Académico



UNIVERSIDAD DEL FÚTBOL Y CIENCIAS DEL DEPORTE
SERVICIOS ESCOLARES
SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN NIVEL LICENCIATURA ESCOLARIZADA