

 SECRETARIA DE EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ.  D.G.B.  <b>SOLICITUD DE INSCRIPCION N.I.</b>	NOMBRE DEL PLANTEL <b>COLEGIO VILLA RICA</b>		CLAVE Y TURNO <b>30PBH0169R - MATUTINO</b>	
	LOCALIDAD Y MUNICIPIO <b>BOCA DEL RIO, VER.</b>		SEMESTRE A CURSAR I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> VI <input type="radio"/>	SISTEMA: BILINGUE <input type="radio"/> BICULTURAL <input type="radio"/>
	FECHA: DIA      MES      AÑO      PERIODO ESCOLAR 20__-20__			

<b>DATOS DEL ALUMNO:</b>	<b>NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (A)</b>									
	PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRES:				
	CIUDAD DE NACIMIENTO				FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		GENERO	
					DIA    MES    AÑO		MEX. <input type="radio"/> OTRA <input type="radio"/>		MASC. <input type="radio"/> FEM. <input type="radio"/>	
	TIPO DE SANGRE:				CURP:					
	DOMICILIO:				COLONIA					
	LOCALIDAD				TELEFONO					
	CODIGO POSTAL				CORREO ELECTRONICO:					

<b>DATOS DE ESCOLARIDAD</b>	NOMBRE DEL PLANTEL DE PROCEDENCIA			LOCALIDAD Y MUNICIPIO		
	FECHA DE CONCLUSION SECUNDARIA			REGULAR <input type="radio"/>	TIPO DE ALUMNO IRREGULAR <input type="radio"/>	REPETIDOR <input type="radio"/>

<b>CAPACITACION PARA EL TRABAJO (3° A 6° SEM):</b>	<b>C.SALUD</b> <input type="radio"/>	<b>AREA DE BACHILLERATO (5° Y 6° SEM)</b>	<b>E.ADVA.</b> <input type="radio"/>	<b>HUM.</b> <input type="radio"/>	<b>FM.</b> <input type="radio"/>
--	--------------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

<b>DATOS DE LA MADRE</b>	NOMBRE			CURP			TUTOR SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>					
	LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD					
	ESTADO CIVIL			DOMICILIO								
	FRACC. O COLONIA			LOCALIDAD			TELEFONO CASA		TELEFONO CELULAR :			
	CODIGO POSTAL		CORREO ELECTRONICO:				NIVEL DE ESTUDIOS:					
	GRADO DE ESTUDIOS:		NOMBRE DE LA EMPRESA				OCUPACION:					
	DOMICILIO DEL TRABAJO:				FRACC. O COLONIA				TELEFONOS OFICINA:			

<b>DATOS DE L PADRE</b>	NOMBRE			CURP			TUTOR SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>					
	LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD					
	ESTADO CIVIL			DOMICILIO								
	FRACC. O COLONIA			LOCALIDAD			TELEFONO CASA		TELEFONO CELULAR			
	CODIGO POSTAL		CORREO ELECTRONICO:				NIVEL DE ESTUDIOS:					
	GRADO DE ESTUDIOS:		NOMBRE DE LA EMPRESA				OCUPACION:					
	DOMICILIO DEL TRABAJO:				FRACC. O COLONIA				TELEFONOS OFICINA:			

<b>EN CASO DE NO LOCALIZARNOS, AUTORIZO A:</b>			<b>PARENTESCO:</b>			
DOMICILIO PARTICULAR		FRACCIONAMIENTO			TELEFONO CELULAR Y CASA	

<b>DOCUMENTOS SOLICITADOS</b>	<input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL	<input type="radio"/> OFICIAL/EQUIV.REV.	<input type="radio"/> 6 FOTOGRAFIAS	<input type="radio"/> REGLAMENTO
	<input type="radio"/> CERTIFICADO DE SECUNDARIA	<input type="radio"/> CARTA DE BUENA CONDUCTA	<input type="radio"/> COMPROBANTE "RH"	<input type="radio"/> PLAN DE ESTUDIOS
	<input type="radio"/> CONSTANCIA	<input type="radio"/> CURP	<input type="radio"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="radio"/> OTROS
<b>OBSERVACIONES</b>				

LOS SUSCRITOS NOS COMPROMETEMOS FORMALMENTE A CUMPLIR CON LA LEY ORGANICA DE LA D.G.B. Y SU REGLAMENTO, ACATAR LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE DICTE EL PLANTEL Y COLABORAR EN TODO LO NECESARIO PARA EL LOGRO DE UNA MEJOR EDUCACION.	CONSEJERO	DIRECTOR	FIRMA PADRE DE FAMILIA O TUTOR
--	-----------	----------	--------------------------------



# COLEGIO VILLA RICA

SECUNDARIA Y BACHILLERATO

CLAVES: 30PESO261A Y 30PBH0169R

“Escuela particular incorporada a la S.E.V.”

No. Acuerdo: 014572  
No. de Oficio No. 10085  
Modalidad: Escolarizado  
Turno: Matutino

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

FAVOR DE INDICAR:      **REQUIERE FACTURA**      SI(    )                      NO(    )

**SI REQUIERE FACTURA FAVOR DE LLENAR LOS SIGUIENTES ESPACIOS:**

NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

CURP ALUMNO: \_\_\_\_\_

USO DEL CFDI: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_

**LAS FACTURAS DEBERÁN DESCARGARSE Y CHECARSE DENTRO DEL MISMO MES DE PAGO, NO PODREMOS FACTURAR O CORREGIR FACTURAS DE MESES O AÑOS PASADOS, INCLUIDOS ERRORES DE SISTEMA O DE CAPTURA.**

**LES PEDIMOS ATENTAMENTE DESCARGUEN Y REVISEN SUS FACTURAS INMEDIATAMENTE, PARA QUE EN CASO HABER ALGUN ERROR ÉSTE PUEDA CORREGIRSE EN EL MISMO MES, Y USTEDES AL MOMENTO DE PRESENTAR SU DECLARACIÓN NO TENGAN NINGÚN PROBLEMA.**

**FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO  
INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GRUPO**

No DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA \_\_\_\_\_ No. DE CERTIFICADO \_\_\_\_\_  
 COLEGIO VILLA RICA S.C.

**NOMBRE DEL CONTRATANTE**

**NOMBRE DEL ASEGURADO**

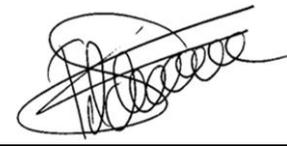
FECHA DE NACIMIENTO	PERIODO DE SEGURO / VIGENCIA A LAS 12:00 HRS.			
	PÓLIZA		CERTIFICADO	
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA

SUMAS ASEGURADAS	BENEFICIOS ADICIONALES	
BENEFICIO BÁSICO FALLECIMIENTO	INVALIDEZ	ACCIDENTES
G.A.F. _____	S.A.I.T. _____	T.I.C. _____
G.A.F.D. _____	S.A.I.T.A. _____	D.I.P.O. _____
B.E.C. _____	B.I.T.S. _____	B.M.A. _____
S.S.A.D. _____	<b>ENFERMEDAD</b>	A.C. _____
OTRO _____	B.M.C. _____	
	A.E.T. _____	

BENEFICIARIOS		
Nombre	Parentesco Solo para identificación	% de Suma Asegurada
COLEGIO VILLA RICA S.C.		100 %

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, LA COMPAÑÍA FIRMA LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE:  
 LUGAR Y FECHA MEXICO D.F. A DE DE

**SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE,  
S.A. DE C.V.**



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO AUTORIZADO