



INSCRIPCION TARDES MATER

Nombre completo del alumno: _____ Grado: _____
Academia que solicita: _____
Nombre del Padre o Tutor: _____
Número de contacto: _____ Correo: _____

Declaro que tengo conocimiento de que es requisito cumplir con los periodos de septiembre - diciembre / enero - junio en la academia solicitada y de los costos de la misma. Entiendo que de ser necesario solicitar una baja deberá ser al concluir el primer periodo, con autorización de Coordinación.

Me comprometo a respetar el reglamento que marque y en caso de faltar al mismo, aceptaré la consecuencia que la coordinación considere necesaria.

Firma del padre o Tutor

Lic. Héctor Contreras
Firma de coordinación



Instituto Mater



hector.contreras@institutomater.edu.mx



8112443719



Instituto Mater



hector.contreras@institutomater.edu.mx

