

Oaxaca de Juarez

MUNICIPIO/ CITY

Universidad de Montemorelos Solicitud de Admisión/ Admission Form

Pegue una fotografía reciente en este espacio

Pase a recent photograph in this space

Información Personal/ Personal Information

I. Nombre/ Name DIAZ		CAF	DEDA		LIELEN DE	DENICE		
	TERNO/ LAST NAME	CAE	BRERA HELEN BERENICE APELLIDO MATERNO/ MOTHER'S MAIDEN NAME NOMBRE(S) NAME(S)				ME(S)	
Lugar de Nacimier	nto/ Place of Piri	.h				. ,		
. Lugar de Nacimier eapa		ABASCO		México		Mexicana		
			DO/ STATE	COUNTRY				
s. Fecha de Nacimie	nto/ Date of Birtl	1						
06/10/20		17	Soltera	F	Adventista del S	Séptimo Día	Sí	
DÍA/ DAY MES/ MONT	TH AÑO/ YEAR	EDAD/ AGE	ESTADO CIVIL/ MARIT	AL SEXO/ SEX	RELIGIÓN/ R		BAUTIZADO/ BAPTIZI	
			ndencia/ Permanen					
Adolfo López Mateos CALLE/STREET			20 NÚMERO/		Presidentes de México COLONIA/ZONE			
Oaxaca de Juarez			OAX		México			
MUNICIPIO/ CITY			ESTADO	/ STATE		PAÍS/ COUNTRY		
68028			95130			helenberenice@outlook.com		
CÓDIGO POSTAL/ ZIP CODE			TELÉFONO/		CORREO ELECTRÓNIC	CO/ E-MAIL		
			R/ NAME OF PROGRAM Y			AÑO Y PERÍODO/ YE		
. Antecedentes Aca	démicos/ Acade	mic Backgroui	nd		,			
	démicos/ Acade Lo/ TITLE	mic Backgroui	nd INSTITUCIÓN/ I	NSTITUTION		PAÍS/ COUNTRY	COMPLE COMPLE	
TÍTUI	LO/ TITLE				México	PAÍS/ COUNTRY	COMPLE COMPLE Sí	
TÍTU Certificado de Bachi	Lo/ TITLE llerato	Coleg	INSTITUCIÓN/ I		México	PAÍS/ COUNTRY		
τίτυι Certificado de Bachi . Información sobre I	LO/TITLE Illerato e su salud/ Healt	Coleg	io Cinco de Febrero	No	,		Sí	
τίτυι Certificado de Bachi 3. Información sobre N	Lo/ TITLE llerato	Coleg	io Cinco de Febrero	No	ES AFIRMATIVA, POR FA		Sí	
TÍTUI Certificado de Bachi 3. Información sobre N ENF	LO/TITLE Illerato e su salud/ Healt	Coleg	io Cinco de Febrero	No	ES AFIRMATIVA, POR FA	VOR EXPLIQUE/ IF AN	Sí	
TÍTUI Certificado de Bachi 3. Información sobre N ENF	LO/TITLE Illerato e su salud/ Healt	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN	io Cinco de Febrero	No SI LA RESPUESTA E	ES AFIRMATIVA, POR FA	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN	SÍ SWER IS AFFIRMATI	
TÍTUI Certificado de Bachi 3. Información sobre N ENF	LO/ TITLE Illerato e su salud/ Healt FERMEDAD CRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH	Coleg th Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME	io Cinco de Febrero	NO SI LA RESPUESTA E - SI LA RESPUESTA E	ES AFIRMATIVA, POR FA' PLEASE ES AFIRMATIVA, POR FA' PLEASE	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN	SÍ SWER IS AFFIRMATI	
TÍTUI Sertificado de Bachi . Información sobre l ENF lo IMPE . Padre/ Father	LO/ TITLE Illerato E SU SAIUD/ HEAIT FERMEDAD GRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME	io Cinco de Febrero Tr NT ore sus padres/ I	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E nformation A	es afirmativa, por fa PLEASE es afirmativa, por fa PLEASE about Your Pare exicana	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN PITS Ministro	SÍ SWER IS AFFIRMATI SWER IS AFFIRMATI	
TÍTUI Certificado de Bachi . Información sobre I ENF Io IMPE . Padre/ Father	LO/ TITLE Illerato E SU SAIUD/ HEAIT FERMEDAD GRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor	Coleg th Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME	io Cinco de Febrero Tr NT ore sus padres/ I	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E nformation A	ES AFIRMATIVA, POR FA PLEASE ES AFIRMATIVA, POR FA PLEASE About Your Pare	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN PITS Ministro	SÍ SWER IS AFFIRMATI	
TÍTUI Certificado de Bachi . Información sobre I ENF II IO IMPE . Padre/ Father INTONIO NOMBRE/ NAME	LO/ TITLE Illerato E SU SAIUD/ HEAIT FERMEDAD GRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME	io Cinco de Febrero Tr NT ore sus padres/ I	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E nformation A	es afirmativa, por fa PLEASE es afirmativa, por fa PLEASE about Your Pare exicana	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN PITS Ministro	SÍ SWER IS AFFIRMATI SWER IS AFFIRMATI	
Eertificado de Bachi Información sobre ENF IO IMPE Padre/ Father INTONIO NOMBRE/ NAME O. Madre/ Mother VIGAIL	LO/TITLE Illerato E SU SAIUD/ Healt FERMEDAD CRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor DÍAZ CA APE CABREI	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME mación sob ABRERA LLIDO/ LAST NAME	io Cinco de Febrero Tr NT Adventista de RELI Adventista de	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E nformation A I Séptimo Día M GIÓN	ES AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE S AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE ADOUT YOUR PARE LEXICANA NACIONALIDAD/ NATION	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN Ents Ministro NALITY OCUPA	SÍ SWER IS AFFIRMATI SWER IS AFFIRMATI ASD CIÓN/ OCCUPATION	
Certificado de Bachi Información sobre ENF IO IMPE Padre/ Father NTONIO NOMBRE/ NAME O. Madre/ Mother VIGAIL NOMBRE/ NAME	LO/TITLE Illerato Su salud/ Healt FERMEDAD CRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor DÍAZ CA APE CABREI APE	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN TYSICAL IMPEDIME TMACIÓN SOB ABRERA LLIDO/ LAST NAME RA TORRANO LLIDO/ LAST NAME	io Cinco de Febrero Tr NT Adventista de RELI Adventista de RELI	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E I Séptimo Día M GIÓN I Séptimo Día M GIÓN	ES AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE S AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE ABOUT YOUR PARE EXICANA NACIONALIDAD/ NATION	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN Ents Ministro NALITY Maestra NALITY OCUPA	SÍ SWER IS AFFIRMATI SWER IS AFFIRMATI	
Eertificado de Bachi Información sobre ENF IO IMPE IO	LO/ TITLE Illerato E SU SAIUD/ Healt FERMEDAD CRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor DÍAZ CA APE CABREI APE Ia la colegiatura	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME TMACIÓN SOB ABRERA LLIDO/ LAST NAME RA TORRANO LLIDO/ LAST NAME (proveer direct	io Cinco de Febrero Tr NT Adventista de RELI Adventista de RELI	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E I Séptimo Día M GIÓN I Séptimo Día M GIÓN	ES AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE S AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE ABOUT YOUR PARE EXICANA NACIONALIDAD/ NATION	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN Ents Ministro NALITY Maestra NALITY OCUPA	SÍ SWER IS AFFIRMATI SWER IS AFFIRMATI ASD CIÓN/ OCCUPATION	
Certificado de Bachi B. Información sobre B. Información sobre B. ENF B. Padre/ Father ANTONIO NOMBRE/ NAME AVIGAIL NOMBRE/ NAME 1. Persona que pag provide address if deservicas de la companya	LO/ TITLE Illerato E SU SAIUD/ Healt FERMEDAD CRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor DÍAZ CA APE CABREI APE Ia la colegiatura	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME TMACIÓN SOB ABRERA LLIDO/ LAST NAME RA TORRANO LLIDO/ LAST NAME (proveer direct	io Cinco de Febrero Tr NT Adventista de RELI Adventista de RELI	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E I Séptimo Día M GIÓN I Séptimo Día M GIÓN	ES AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE S AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE ABOUT YOUR PARE EXICANA NACIONALIDAD/ NATION	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN Ents Ministro NALITY Maestra NALITY OCUPA	SÍ SWER IS AFFIRMATI SWER IS AFFIRMATI ASD CIÓN/ OCCUPATION	
Certificado de Bachi 3. Información sobre N ENF NO IMPE D. Padre/ Father ANTONIO NOMBRE/ NAME 10. Madre/ Mother AVIGAIL NOMBRE/ NAME 11. Persona que pag provide address if d Sí No	Illerato Su salud/ Healt EERMEDAD CRÓNICA EDIMENTO FÍSICO/ PH Infor DÍAZ CA APE CABREI APE ia la colegiatura diferent from abo	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN TYSICAL IMPEDIME TMACIÓN SOB ABRERA LLIDO/ LAST NAME RA TORRANO LLIDO/ LAST NAME (proveer directore) No	INSTITUCIÓN/I io Cinco de Febrero IT NT Adventista de RELI Ción solo si difiere o	NO SILA RESPUESTA E SILA RESPUESTA E I Séptimo Día M GIÓN I Séptimo Día M GIÓN I Séptimo Día M GIÓN	ES AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE S AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE ABOUT YOUR PARE EXICANA NACIONALIDAD/ NATION	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN Ents Ministro NALITY OCUPA Maestra NALITY OCUPA	SÍ SWER IS AFFIRMATIV SWER IS AFFIRMATIV ASD CIÓN/ OCCUPATION	
Certificado de Bachi B. Información sobre N ENF NO IMPE D. Padre/ Father ANTONIO NOMBRE/ NAME AVIGAIL NOMBRE/ NAME 11. Persona que pag provide address if d Sí No	Illerato Se su salud/ Healt FERMEDAD CRÓNICA FEDIMENTO FÍSICO/ PH Infor DÍAZ CA APE CABREI APE Ia la colegiatura liferent from about No DRE/ YO MIS THER MYSE	Coleg h Information / CHRONIC AILMEN IYSICAL IMPEDIME TMACIÓN SOB ABRERA LLIDO/ LAST NAME RA TORRANO LLIDO/ LAST NAME (proveer directore) No MO/ TUTOF GUARDI	INSTITUCIÓN/I io Cinco de Febrero IT NT Adventista de RELI Ción solo si difiere o	NO SI LA RESPUESTA E SI LA RESPUESTA E I Séptimo Día M GIÓN I Séptimo Día M GIÓN I Séptimo Día M GIÓN	ES AFIRMATIVA, POR FAI PLEASE SAFIRMATIVA, POR FAI PLEASE About Your Pare Exicana NACIONALIDAD/ NATION EXICANA NACIONALIDAD/ NATION PERSON WHO Pays the	VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN VOR EXPLIQUE/ IF AN EXPLAIN PITS Ministro MALITY OCUPA Maestra MALITY OCUPA TUITION DIAN, NAME AND SUF	SWER IS AFFIRMATIVE SWER IS AFFIRMATIVE ASD CIÓN/ OCCUPATION CIÓN/ OCCUPATION	

México

PAÍS/ COUNTRY

9513030139

TELÉFONO/ TELEPHONE

OAXACA

ESTADO/ STATE

COMPROMISO DEL ALUMNO Y DEL PADRE/TUTOR/ STUDENT AND PARENT/GUARDIAN COMMITMENT

Hago constar que los datos sometidos en esta solicitud son verdaderos. Entiendo que es mi responsabilidad entregar toda la documentación oficial original debidamente legalizada/ auténtificada al momento de inscribirme. Estoy de acuerdo en que la Universidad de Montemorelos no me expida documento oficial alguno en tanto que no haya hecho entrega de la documentación estipulada y haber cumplido con todos mis compromisos financieros. Me comprometo a cumplir con cada uno de los reglamentos establecidos en cuanto a disciplina y estudios. Además, por este medio autorizo a la Universidad de Montemorelos a informar a mis padres/ tutor oficial sobre mi avance académico, situación financiera y de conducta, según lo amerite el caso.

I herby state that the information submitted in this application is true. I understand that it is my sole responsability to submit the stipulated original official documentation duly legalized/ authenticated at the time of registration. I agree to the fact that Montemorelos University will not issue any official academic document to my name unless the aforementioned documentation has been turned in and I have comp lied with all of my financial responsabilities I agree to comply with the Institution's rules and code of conduct. Furthermore, I herby authorize Montemorelos Montemorelos University to release to my parents/ legal guardian information regarding my academic achievements, financial obligations and behavior.

Firma del estudiante/ Student's Signature

Firma del padre o tutor/ Parent or Tutor's Signature

Fecha/ Date