



**SOLICITUD DE ADMISIÓN**  
 Secretaría Académica - Dirección de Servicios Escolares  
**TEATRO**



**Centro  
Morelense  
de las Artes**

Fecha			Programa Académico		
Día	Mes	Año			

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido paterno			Apellido materno			Nombre (s)		
------------------	--	--	------------------	--	--	------------	--	--

Domicilio:

Calle			Número			Colonia		
Código postal			Municipio			Estado		

Sexo			Edad			Escolaridad		
------	--	--	------	--	--	-------------	--	--

												Fecha de nacimiento		
CURP												Día	Mes	Año

Teléfono			Correo electrónico					
----------	--	--	--------------------	--	--	--	--	--

ESTUDIOS TEATRALES O ACTORALES (Institución, Profesor y periodo cursado)


¿Padece alguna enfermedad crónica?


No. de recibo de pago: \_\_\_\_\_

Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

MAESTROS QUE REALIZARON LA ENTREVISTA

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

