

Programa Educación Garantizada
 Solicitud de Ingreso

DATOS DE LA SOLICITUD

MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL APOYO *

INCAPACIDAD
 DEFUNCION
 CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL

DATOS DEL MENOR QUE SOLICITA SE LE PROMPORCIONE EL APOYO

CURP

Nombre *
 Apellido paterno *
 Apellido materno *

Fecha de nacimiento
 Edad
 Sexo
 Entidad De Nacimiento

Tipo de vialidad *
 Nombre de la vialidad *
 No. Ext.(Mz) *
 No. Int.(Lt) *

C.P. *
 Tipo de asentamiento *
 Asentamiento *
 Delegación *

Tiempo de residencia en el D.F. *
 Correo electrónico *
 Nivel escolar *

CCT(Clave de la escuela) *
 Nombre de la escuela *

Tipo de escuela * PUBLICA PRIVADA
 Escuela ubicada dentro del DF * SI NO

DATOS DEL TUTOR

CURP *

Nombre *
 Apellido paterno *
 Apellido materno *

Teléfono casa *
 Teléfono celular *

DATOS DEL(LA) FINADO(A) O PERSONA CON INCAPACIDAD

Nombre *
 Apellido paterno *
 Apellido materno *

Fecha fallecimiento / Inicio de la Indiscapacidad *
 Causa de Fallecimiento o Tipo de Indiscapacidad *

Institución donde laboraba o trabajo remunerado que realizaba *

