



COLEGIO PASCAL, A.C.

Contrato de Prestación de Servicios Profesionales

DATOS DEL ALUMNO	F E C H A			
	Nombre completo			
	Fecha de Nacimiento			
	Lugar de Nacimiento			
	Sexo			
	Edad			
DATOS INSCRIP.	Grado y turno			
	Nivel	Secundaria	Bach. Semestral	Cuatrimestral
	Escuela de procedencia			
INFORMACION ADICIONAL	Dirección Completa			
	Teléfono particular			
	Teléfono(s) de Emergencia			
	Nombre del Padre			
	Correo electrónico	Celular		
	Nombre de la Madre			
	Correo electrónico	Celular		
Nombre del Tutor				
Correo electrónico	Celular			
Por favor indique en caso de que el(la) alumno(a) padezca una enfermedad crónica o discapacidad y qué tratamiento está llevando.				
¿Por qué medio se enteró del colegio?				
<p>Con la firma del presente documento acepto y me comprometo a lo siguiente: a) Deberé cubrir puntualmente las colegiaturas dentro de los diez días naturales de cada mes, ya que de lo contrario se hará un cargo extra del 10% mensual por concepto de intereses moratorios. b) El no cubrir tres mensualidades consecutivas causará baja automática para el alumno. c) No se relizará ningún reembolso en caso de cancelación de la inscripción. d) Leí y me comprometo a acatar y respetar el reglamento del colegio.</p>				
<hr/> <i>Firma del Padre o Tutor</i>			<hr/> <i>Firma del Alumno</i>	