



SECRETARÍA DE  
EDUCACIÓN



**SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE MATRÍCULA**

<b>Fecha de solicitud:</b>		Día	Mes	Año
<b>Información del centro educativo</b>				
Departamento:		Municipio:		
Código del centro educativo	Nombre del centro educativo:			
Dirección completa del centro educativo:				
<b>Motivo de la Cancelación</b>				
<b>Datos del Alumno</b>				
Nombre Completo del Alumno:			DNI:	
<b>Datos del solicitante</b>				
Nombre Completo del Solicitante:			DNI:	
Teléfono / Celular:		Cargo del Solicitante:	Director (a):	<input type="checkbox"/>
Correo Electrónico:			Subdirector (a)	<input type="checkbox"/>
			Secretario (a):	<input type="checkbox"/>
			Otro _____	
Documentos de soporte:				

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante