

Universidad Autónoma Metropolitana



Unidad Xochimilco

Coordinación de Servicios Generales Sección de Actividades Deportivas

	REGISTRO D	E USUARIO	s	
Actividad:				
Horario:				
Nivel:				
(PRINC	CIPIANTE, INTE	RMEDIO, A	VANZADO)	
Nombre:				
NOMBRE(S)	APELLIDO PATER	RNO APELLI	DO MATERNO	
Matrícula:	Carrera:		Trimestre:	
Fecha de nacimiento: _		Sexo	o:	
Alumnos: Número del S Mayores:		S), Trabajado	ores: ISSSTE o Gastos Méd	ico
Dirección:				
C A	ALLE N	0.	COLONIA	
DELEGACIÓN		(D.P.	
Teléfono:	C	Celular:		
E- mail:	e	n caso de ac	cidente:	
Trabajador(a):				
No. Económico:				
Adscripción:		Tel. (Oficina:	

Atentamente Sección de Actividades Deportivas