

**Solicitud de Inscripción a la Escuela Comunitaria Activa de
Padres de Familia (ECAPAF)
Dirección de Fortalecimiento de la Familia**

PERSONALES

Nombre del padre _____

Nombre de la madre _____

Lugar y fecha de nacimiento (él) _____

Lugar y fecha de nacimiento (ella) _____

Estado Civil: Casado (a) () Unión Libre () Viudo (a) () Divorciado () Madre soltera ()

Domicilio _____

Municipio y/o Comunidad _____ Tel. _____ Colonia _____

No. de hijos _____ Edades de los hijos _____

¿Qué estudian sus hijos?

Primaria () Secundaria () Preparatoria () Técnica () Profesional () Otro ()

LABORALES

Padre

Nombre de la empresa _____

Puesto _____

Domicilio _____ Tel. _____

Madre

Nombre de la empresa _____

Puesto _____

Domicilio _____ Tel. _____

ESCOLARIDAD

Padre Primaria () Secundaria () Preparatoria () Técnica () Profesional () Otro ()

Madre Primaria () Secundaria () Preparatoria () Técnica () Profesional () Otro ()

Nombre del O.F. ó Coordinador _____

Día _____ Hora _____ de la sesión.

Frecuencia _____

Fecha de inicio _____ Fecha de clausura _____

Firma del Solicitante

Firma del O.F. ó Coordinador

Fecha de la Solicitud