



SISTEMA EDUCATIVO ESTATAL REGULAR
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN
DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE TRÁMITE

Fecha de Solicitud _____

DATOS DEL ALUMNO (A)

Nombre del Alumno (a) _____

CURP del Alumno (a) _____ Teléfono _____

INDIQUE EL NIVEL EDUCATIVO:

PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	MEDIO TERMINAL	SUPERIOR
------------	----------	------------	--------------	----------------	----------

***En caso de que indique el Nivel Medio Terminal o Superior, favor de anotar el nombre de la carrera:** _____

Nombre de la escuela	Turno	Período escolar	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dirección de la escuela: _____
Municipio: _____

Tipo de documento ☐ Certificado ☐ Constancia

Responsable del Depto. de Control Escolar:

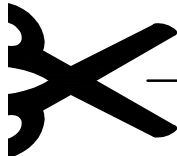
Fecha de entrega al Depto. de Archivo:

OBSERVACIONES

Responsable del Depto. de Archivo:

Fecha de cotejo:

OBSERVACIONES



SISTEMA EDUCATIVO ESTATAL REGULAR
DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

Nombre del Alumno (a) _____

Escuela _____

Tipo de documento ☐ Certificado ☐ Constancia

Controladora que recibió _____

Fecha _____

***Sólo se entregará el documento al interesado, padre o tutor presentando identificación oficial.**
Horarios: Lunes a viernes de 08:00 a.m. - 03:00 p.m y de 06:00 p.m - 08:00 p.m
Tel. SEER: 444 137 24 00 Ext. 1232. Tel Depto. de Control Escolar: 444 137 24 06.
e-mail: ceseer@live.com.mx
Los datos y copias de documentos que está proporcionando, solamente podrán ser utilizados para el trámite que solicita.