



DIF
ESTATAL TLAXCALA

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD



SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE CAPACITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE:				
EDAD:		SEXO:		
DIRECCION:				
LOCALIDAD:				
MUNICIPIO:		C. P.		
FECHA DE NACIMIENTO:				
TELÉFONO:				
ESTADO CIVIL:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
NOMBRE DEL CURSO:				
SERVICIO DE RUTA:	SI		NO	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:				

FIRMA BENEFICIARIA/O

Por lo anterior firmo la presente para los efectos legales a que haya lugar,

el día _____ de _____ del 20_____.