

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN
DIRECCIÓN DE CONTROL ESCOLAR E INCORPORACIÓN
DEPARTAMENTO DE ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

SOLICITUD PARA REPOSICIÓN DE CERTIFICADOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA CICLO ESCOLAR 2016-2017

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

C.C.T.N.M.: _____

ZONA ESCOLAR: _____

MUNICIPIO: _____

U.R.S.E.: _____

N/P	NOMBRE DEL ALUMNO (A)	GRUPO	MOTIVO DE REPOSICIÓN (Especifique el error)	FOLIO CON ACTUALIZACIÓN (Requisita Control Escolar)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA ESCUELA

SELLO DE LA ESCUELA

SELLO DE RECIBIDO DE URSE

DOMITILA ESPINOZA CAMPECHANO

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO

SELLO DE RECIBIDO DE LA DCEI

