

PARA ALUMNOS QUE NO TENGAN COMPROBANTE DE VACUNACION COVID

NOMBRE ALUMNO: _____

SEMESTRE: _____ GRUPO: _____ CARERRA: _____

CUENTAS CON ALGUNA VACUNA () SI () NO

CUAL: _____

FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O
TUTOR