Solicitud para ingresar al Padrón de alumnos beneficiados con libros formato braille y macrotipo Ciclo escolar 2025-2026

Datos de la escuela					
Entidad				Clave de CT	
Nombre CT					
Nombre Director	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
correo electronico			Sostenimiento (Estatal/Fral)		
Datos para los envíos (Domicilio particular o escuela)					
Nombre del contacto					
Calle y Núm				Colonia	
Municipio				CP	
Num. Tel 1				Num. Tel 2	
Referencias				Almacen más cercano	
Datos del alumno					
Nivel escolar				Tipo de material	
Nombre del alumno	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
CURP del Alumno					
Grado a cursar en el ciclo **2025-2026**					
Grupo				Turno	

* Adjuntar el diagnóstico de baja visión o cegara del médico optometrista u oftalmólogo

Firma y Nombre del Padre o Tutor
Tel: