



Solicitud de Examen Cooperativo Sábado, 13 de noviembre de 2021

Favor usar letra de molde

Grado Actual			
6	7	8	9

Grado Solicitado			
7	8	9	10

Nombre de la o el estudiante: _____

Sexo: ___F___M

1^{er} Apellido

2^{do} Apellido

Nombre

Inicial

Teléfono de contacto: (____) - _____ - _____ **Teléfono alternativo:** (____) - _____ - _____

Dirección Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de la persona encargada: _____

Escuela de procedencia: _____

ESCUELAS QUE RECIBIRÁN RESULTADOS

- Indique las escuelas que desea reciban los resultados del examen. Máximo de 4 escuelas.
- Cada estudiante recibirá los resultados por correo.

#	CÓDIGO	NOMBRE DE LA ESCUELA
1.		
2.		
3.		
4.		

Envíe esta solicitud firmada, con la cuota del examen (\$55.00) y evidencia de la transacción con **ATH Móvil**

Escriba aquí el # "Transaction ID" _____

Autorizo a Careme a enviar a las escuelas arriba detalladas, los resultados del examen de admisión obtenidos por la persona inscrita en esta solicitud.

Firma del padre, madre o persona encargada

CAREME, no se hace responsable del uso que las escuelas les den a los resultados del o la estudiante en el Examen de Cooperativo ni de su información personal.

Para más información: caremeeducadores.com