



Exámenes CLE. Solicitud de Inscripción para uso de la Escuela.

CLE CIPI <input type="checkbox"/>	CLE CIP <input type="checkbox"/>	CLE CIC <input type="checkbox"/>	CLE CIL <input type="checkbox"/>	CLE CIE <input type="checkbox"/>	CLE CIA <input type="checkbox"/>	CLE CT <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Alemán <input type="checkbox"/>	Chino <input type="checkbox"/>	Francés <input type="checkbox"/>	Inglés <input type="checkbox"/>	Italiano <input type="checkbox"/>	Portugués <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Fem <input type="checkbox"/>	Masc <input type="checkbox"/>
Tel Particular:	<input type="text"/>	Documento:	<input type="text"/>
	Grado / Año	<input type="text"/>	

Importante: completar con letra de imprenta clara y legible

Firma del postulante

Si el postulante es menor de edad: Firma del padre o responsable



Exámenes CLE. Solicitud de Inscripción para uso de la Escuela.

CLE CIPI <input type="checkbox"/>	CLE CIP <input type="checkbox"/>	CLE CIC <input type="checkbox"/>	CLE CIL <input type="checkbox"/>	CLE CIE <input type="checkbox"/>	CLE CIA <input type="checkbox"/>	CLE CT <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Alemán <input type="checkbox"/>	Chino <input type="checkbox"/>	Francés <input type="checkbox"/>	Inglés <input type="checkbox"/>	Italiano <input type="checkbox"/>	Portugués <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Fem <input type="checkbox"/>	Masc <input type="checkbox"/>
Tel Particular:	<input type="text"/>	Documento:	<input type="text"/>
	Grado / Año	<input type="text"/>	

Importante: completar con letra de imprenta clara y legible

Firma del postulante

Si el postulante es menor de edad: Firma del padre o responsable