



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA

—COORDINACIÓN DE PROGRAMAS DE APOYO EDUCATIVO—

MOCHILAS Y ÚTILES ESCOLARES



C.C.T.: _____ **TURNO:** _____ **FECHA:** _____ DIA / MES / AÑO

NIVEL: _____ **ZONA ESCOLAR:** _____ **TELÉFONO:** _____ **CIUDAD:** _____

NOMBRE DIRECTOR: _____ **CELULAR:** _____

NO.	NOMBRE ALUMNO	GRADO	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			