



Solicitud de Examen Cooperativo
Sábado, 2 de noviembre de 2019

Favor usar letra de molde

Grado Actual			
6__	7__	8__	9__

Grado Solicitado			
7__	8__	9__	10__

Nombre del estudiante: _____

Sexo: ___ F ___ M

1^{er} Apellido

2^{do} Apellido

Nombre

Inicial

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

Dirección Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Padre, Madre o Encargado: _____

Escuela de procedencia: _____

ESCUELAS QUE RECIBIRÁN RESULTADOS

- Indique las escuelas que desea reciban los resultados del examen. Máximo de 4 escuelas.
- Los estudiantes recibirán los resultados por correo.

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

Envíe esta solicitud firmada, con la cuota del examen (\$55.00) en giro o cheque certificado a nombre de:

Careme Educadores
PO 9300714
San Juan PR 00928

Si paga 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 el estudiante inscrito en esta solicitud.

 Firma del padre, madre o encargado