### Color-(Azul-7cm)Descripción: espol CONCURSO ESTUDIANTIL DE FÍSICA ARQUÍMEDES

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COLEGIOS

Con conocimiento de la autoridad del Colegio, este formulario debe ser llenado por el profesor delegado y enviado hasta el lunes 6 de noviembre del 2017 a las 12:00 h, a la dirección de correo: hsanchez@espol.edu.ec.

|  |
| --- |
| **Datos del COLEGIO** |
| NOMBRE DEL COLEGIO: |  |
| RECTOR del COLEGIO: |  |
| EMAIL: |  | Teléfono: |  |
| **Datos del profesor Representante del Colegio** |
| Apellidos y Nombre: |  |
| EMAIL: |  | Teléfono: |  |
| **Información de los participantes** |
| 1 | Apellidos: |  |  |
| Nombres: |  |  |
| Fecha de nacimiento: | DD-MM-AAAA | Cedula: | 0000000000 |
| Sexo (M/F): |  | EMAIL: |  |
| 2 | Apellidos: |  |  |
|  | Nombres: |  |  |
|  | Fecha de nacimiento: | DD-MM-AAAA | Cedula: | 0000000000 |
|  | Sexo (M/F): |  | EMAIL: |  |  |
| 3 | Apellidos: |  |  |
| Nombres: |  |  |
| Fecha de nacimiento: | DD-MM-AAAA | Cedula: | 0000000000 |
| Sexo (M/F): |  | EMAIL: |  |
| 4 | Apellidos: |  |  |
| Nombres: |  |  |
| Fecha de nacimiento: | DD-MM-AAAA | Cedula: | 0000000000 |
| Sexo (M/F): |  | EMAIL: |  |
| 5 | Apellidos: |  |  |
| Nombres: |  |  |
| Fecha de nacimiento: | DD-MM-AAAA | Cedula: | 0000000000 |
| Sexo (M/F): |  | EMAIL: |  |
| 6 | Apellidos: |  |  |
| Nombres: |  |  |
| Fecha de nacimiento: | DD-MM-AAAA | Cedula: | 0000000000 |
| Sexo (M/F): |  | EMAIL: |  |
| 7 | Apellidos: |  |  |
| Nombres: |  |  |
| Fecha de nacimiento: | DD-MM-AAAA | Cedula: | 0000000000 |
| Sexo (M/F): |  | EMAIL: |  |

### Color-(Azul-7cm)Descripción: espol CONCURSO ESTUDIANTIL DE FÍSICA ARQUÍMEDES

**NIVEL UNIVERSITARIO**

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Este formulario debe ser llenado y firmado por el estudiante interesado en participar y entregado en la Secretaría de LA FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y MATEMÁTICAS hasta el lunes 6 de noviembre del 2017 a las 12:00 h. NO SE RECIBIRÁN INSCRIPCIONES ENVIADAS POR CORREO.

|  |
| --- |
| **Datos del Participante** |
| NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD |  |
| FACULTAD: |  |
| CARRERA: |  |
| MATRICULA: |  |
| Numero de materias aprobadas en la carrera: |  |
| CEDULA: |  |
| Email: |  |
| Apellidos: |  |
| Nombres: |  |

Firma del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y hora de recepción: \_\_ \_\_ \_\_\_\_, \_\_h \_\_ minutos.

Firma del responsable de la Unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_