



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
 INSTITUTO DE EDUCACIÓN
 OFICINA DEL REGISTRADOR
 PO BOX 22012
 SAN JUAN PR 00931-0012

AUTORIZACIÓN PARA TOMAR CURSOS EN OTRAS INSTITUCIONES

(Para Matrícula en el Semestre)

Apellido	Nombre	Sexo	Edad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre de Estudiante _____
Dirección Postal _____ _____ _____ Ciudad					Fecha de Registro Semestral _____ Fecha de Nacimiento _____ (Semestre) _____ Nivel Social Permanente _____

Int. Acad. General _____ Creditos Aprobados _____

OTRAS INSTITUCIONES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				REQUISITOS Y CRÉDITOS DE LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA EN LA QUE SE TOMA EL CURSO _____ _____			
INSTITUCIÓN DE LA QUE SE TOMA EL CURSO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DEL CURSO EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA NOMBRE DEL PROFESOR EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA NOMBRE DEL ALUMNO EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA				NOMBRE DEL CURSO EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA CREDITOS EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA			
INSTITUCIÓN AUTORIZADA	CRÉDITOS EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA	TRAYE	SEM	CRÉDITOS EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA	TRAYE	SEM	CRÉDITOS EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA
				TOTAL DE CRÉDITOS AUTORIZADOS			

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____ **APROBADO POR EL C.A.** _____ FECHA _____
APROBADO POR EL C.A. _____ FIRMA _____ **APROBADO POR EL C.A.** _____ FECHA _____

NOMBRE DEL CURSO EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA NOMBRE DEL PROFESOR EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA NOMBRE DEL ALUMNO EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA INSTITUCIÓN AUTORIZADA	NOMBRE DEL CURSO EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA NOMBRE DEL PROFESOR EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA NOMBRE DEL ALUMNO EN LA INSTITUCIÓN AUTORIZADA INSTITUCIÓN AUTORIZADA	APROBADO POR EL C.A. _____ _____ _____
---	---	--