

Hoja de Matrícula

Psicoalternativas, Inc.

info@psicoalternativaspr.com

Calle Domenech 386, Hato Rey, Puerto Rico 00918

787-567-0070



Fecha de Matrícula			Transacción/Recibo		
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre	Inicial	
Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Profesional		Profesión	# Licencia Profesional	
Dirección Postal					
Tel. Celular	Tel. Residencial		Tel. Trabajo		Ext.
Tel. de Emergencia	Nombre de Contacto de Emergencia		Parentesco		
Acomodo Razonable	¿Qué tipo de acomodo razonable necesita?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre del Curso o Actividad			Fecha	Costo	
¿Cómo se entero del curso?					
Certifico que he leído las normas y procedimientos del Departamento de Educación Continua de Psicoalternativas, Inc. y sus políticas de cancelaciones, devoluciones y pagos. Además que la información provista es correcta, que me encargaré de enviarla al correo electrónico (psicoalternativaspr@gmail.com) y que me comprometo a pagar la totalidad del curso o la actividad.					
Firma del Participante				Fecha	
PARA USO INTERNO					
Plan de Pago	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Total a Pagar	\$	Fecha límite	
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado	Iniciales Participantes	Iniciales Empleado
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado	Iniciales Participantes	Iniciales Empleado
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado	Iniciales Participantes	Iniciales Empleado
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado	Iniciales Participantes	Iniciales Empleado