

**ASOCIACIÓN FRANCO COSTARRICENSE DE ENSEÑANZA
(A.F.C.E.)**

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha de entrega de la solicitud: _____

1er Apellido: _____

2do Apellido: _____

Nombre: _____

Cédula/documento de identidad: _____ (adjuntar fotocopia legible)

Dirección física: _____

Dirección Postal: _____

Dirección electrónica: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Fax: _____

¿Es usted padre/madre de alumno(a) del Liceo Franco Costarricense? _____ SI _____ NO
En caso afirmativo, indicar nombre y apellidos del alumno(a), código, y grupo en el que está:

(firma **OBLIGATORIA** del solicitante)

NOTA: El solicitante debe presentarse a la caja a cancelar con el documento de identidad original.

==**==

Fecha de revisión en Junta Directiva: _____

Respuesta: _____ SI _____ NO