



COLEGIO DE BACHILLERES  
DEL ESTADO DE OAXACA

COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE OAXACA  
"Educación pública de calidad"

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN ABIERTA



### AUTORIZACIÓN DE BAJA TEMPORAL

#### Datos del estudiante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Número de Control

Información del último cuatrimestre:

Año

Bloque

Cuatrimestre

#### Causas que obligan a la baja temporal

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Problemas de salud                   | <input type="radio"/> Problemas en el trabajo          | <input type="radio"/> Problemas familiares                    |
| <input type="radio"/> Falta de recursos económicos         | <input type="radio"/> Recibió un mal trato en el CEA   | <input type="radio"/> El asesor no resuelve sus dudas         |
| <input type="radio"/> Recibió un mal trato de algún asesor | <input type="radio"/> Se le pidió alguna gratificación | <input type="radio"/> Falta de tiempo para seguir estudiando. |
| <input type="radio"/> Falta de algún documento             | <input type="radio"/> Otro: _____                      |   |

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

Solicito se me autorice la baja temporal en la Modalidad Mixta con Opción Autoplaneada, con el compromiso de que reingresaré a mas tardar en el cuatrimestre posterior vigente, contando a partir de esta fecha.

Asímismo, me comprometo a concluir mi Bachillerato en esta Institución Educativa sin volver a ausentarme y sin exceder los 15 cuatrimestres que indica el plan de estudios autorizado por la Dirección General del Bachillerato.

Estoy conciente que en caso de incumplimiento me haré acreedor a la baja definitiva en la Modalidad Mixta con Opción Autoplaneada, por tanto, libero al Colegio de Bachilleres del Estado de Oaxaca de toda responsabilidad para conmigo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del estudiante

#### PARA SER LLENADO POR EL CENTRO DE EDUCACIÓN ABIERTA

Se autoriza la baja temporal del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Centro

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable del trámite

\_\_\_\_\_  
Sello del Centro