DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOALRES

ACTA DE CALIFICACIONES FINALES

CARRERA: **CICLO ESCOLAR:**
ASIGNATURA: **CUATRIMESTRE Y GRUPO:**
PROFESOR:

No.	MATRÍCULA	NOMBRE (S)	CALIFICACIONES		CALIFICACIÓN EN ARE	

PROMEDIO: APROBADOS: REPROBADOS: ACCIONES REMEDIALES EXTRAORDINARIAS AUSENTES:

FIRMA DEL PROFESOR

FIRMAY SELLO DE LA DIVISIÓN ACADÉMICA

FIRMA Y SELLO DE SERVICIOS ESCOLARES