



Centro de Estudios Superiores de Tepeaca
Clave de Incorporación 21MSU1038V

HEROICA E HISTÓRICA CIUDAD DE TEPEACA DE NEGRETE, PUE.
A _____ DE _____ DEL 2022

DRA. MARIELA JIMÉNEZ GONZÁLEZ
DIRECTORA GENERAL DEL CEST
MTRA. CAROLINA JIMÉNEZ GONZÁLEZ
RESPONSABLE DE CONTROL ESCOLAR
P R E S E N T E S:

CON AT'N.: DR. FRANCISCO ROBERTO CÉSPEDES CASTILLO
COORDINADOR DE LA LICENCIATURA EN
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

Por este medio yo alumno (a) _____
de _____ semestre, grupo _____ de la Licenciatura en Médico Cirujano y
Partero del Centro de Estudios Superiores de Tepeaca; por este medio autorizo la
realización de pruebas antidoping de forma aleatoria; así como la revisión de mochila
durante el periodo A y B del ciclo escolar 2022-2023.

Así mismo cualquier situación académica extraordinaria que se presente durante
los periodos académicos A y B será informada a mis padres y/o tutores.

Todo con la finalidad de mantener la seguridad de los alumnos y alumnas, así
como, mantener a mis padres y/o tutores informados sobre mi desempeño académico.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

**NOMBRE Y FIRMA DEL
PADRE, MADRE Y/O TUTOR**