



**Formulario de Matrícula**  
**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**Recinto de Barranquitas**

**Programa de Educación Continuada**

Número de Estudiante

Fecha



Apellido Paterno

Apellido materno

Nombre

Dirección Postal

Pueblo/Ciudad

Zona Postal

Teléfonos

Trabajo

Residencial

Celular

Lugar de Trabajo

Ocupación/Posición

¿Ha tomado algún curso en el Programa?  Sí  No

Número de Referencia del Curso	Materia del Curso	Número del Curso	Título del Curso	Días de Reunión							Horario	Salón	Días de Reunión	
				M	T	W	R	F	S	D			Matrícula	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Descuento %	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Total	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Efectivo/Cheque	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Tarjeta de Crédito	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Balance	<input type="text"/>

Medio por el que se enteró del curso

Firma Director(a) Educación Continuada

Firma del Participante

Forma de Distribución

Copia 1 - Educación Continuada

Copia 2 - Recaudaciones

Copia 3 - Estudiante