

Fecha del día que llenó esta solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Ciudad/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión/Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de familiares que viven con usted:

Menores \_\_\_\_\_ Adolescentes \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_

Fecha de llegada a Canadá: \_\_\_\_\_

Término de su estancia en Canadá: \_\_\_\_\_

En caso de accidente u otra eventualidad, proporcione el nombre, domicilio y teléfono de algún familiar en México:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **Estudiantes**

Tipo de estudios que realiza: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

☐ Paga usted sus estudios por si mismo    ☐ Cuenta con un plan de reducción de colegiaturas    ☐ Tiene beca de Canadá    ☐ Tiene beca de México

De que Institución: \_\_\_\_\_

Tiempo de estancia en Canadá: \_\_\_\_\_

Autorizo recibir información del Consulado General de México en Montreal