



**PROGRAMA
DE BECAS DE INTERCAMBIO DE ASISTENTES DE IDIOMA
CONVOCATORIA PARA INSTITUCIONES MEXICANAS CICLO 2024-2025
(IDIOMA FRANCÉS)**

FORMATO DE SOLICITUD

FECHA (DÍA/MES/AÑO)
/ /

DATOS DEL PROGRAMA DE INTERCAMBIO

NOMBRE DEL PROGRAMA DE INTERCAMBIO SOLICITADO (MÉXICO-FRANCIA)

NÚMERO DE ASISTENTES SOLICITADOS

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

Nivel educativo: Básico Medio Superior Superior

Escuela Normal Escuela Tecnológica



DE SER EL CASO, MENCIONE SI LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE ESTÁ INCORPORADA A ALGÚNA UNIVERSIDAD U OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

DE SER EL CASO, INDICAR SI SE TRATA DE UNA FACULTAD, UN CENTRO DE IDIOMAS, ETC.

DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE	
CALLE Y NÚMERO EXTERIOR E INTERIOR:	
COLONIA:	
ALCALDÍA O MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:	
CIUDAD:	
ESTADO:	

MÁXIMA AUTORIDAD DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE	
NOMBRE:	
CARGO:	
TELÉFONO(S) CON CLAVE LADA:	
CORREO(S) ELECTRÓNICO(S):	

FIRMA	SELLO



DATOS DEL ÁREA RESPONSABLE DE LA ENSEÑANZA DEL IDIOMA

NOMBRE DEL ÁREA RESPONSABLE DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS	
RESPONSABLE DEL ÁREA DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS	
NOMBRE:	
CARGO:	
*TELÉFONO(S) CON LADA:	
*TELÉFONO MÓVIL:	
*CORREO(S) ELECTRÓNICO(S):	

Nombre completo y firma del responsable de la enseñanza de idiomas en la institución

***campos obligatorios**



DATOS DEL TUTOR DESIGNADO POR LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

La institución solicitante deberá designar oficialmente al docente de idioma titular que fungirá como tutor, con el propósito de dar seguimiento a la llegada y actividades académicas del asistente. *No dejar campos en blanco.*

Asistente número 1	DATOS DE LA TUTORA O TUTOR DESIGNADO	
	NOMBRE:	
	CARGO:	
	DOMICILIO:	
	COLONIA:	
	ALCALDÍA O MUNICIPIO:	
	CÓDIGO POSTAL:	
	CIUDAD:	
	ESTADO:	
	*TELÉFONO (S) CON LADA:	
	*TELÉFONO MÓVIL:	
	*CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:	
*CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:		

Nombre completo y firma del/de la tutor/a designado/a

***campos obligatorios**

Nota: En caso de solicitar más de un asistente, favor de reproducir el apartado anterior tantas veces como sea necesario.



MODALIDAD EN LA QUE SE IMPARTEN LOS CURSOS

PRESENCIAL

En caso de haber seleccionado modalidad híbrida indique los días y horarios correspondientes:

PLAN DE ESTUDIO Y CALENDARIO DE ACTIVIDADES EN LAS QUE COLABORARÁ EL ASISTENTE:

ASIGNATURA	NÚMERO DE GRUPOS	NOMBRE DEL PROFESOR TITULAR	TOTAL DE ALUMNOS MATRICULADOS POR GRUPO	NIVEL DEL IDIOMA DE LOS ALUMNOS	HORARIO	
					DÍA	HORA

¿Con cuántos profesores colaborará el asistente?

Número total de alumnos matriculados en el idioma:

Número de profesores nativos (francés e inglés):

Número total de profesores del idioma (francés e inglés):

¿La Institución imparte clases de idioma sabatinas?



Calendario de días festivos, días de asueto y periodos vacacionales:

NOMBRE DEL PERIODO VACACIONAL	NÚMERO DE DÍAS OTORGADOS

					INDIQUE SI TIENE ALGÚN COSTO
EXISTE APOYO AUDIOVISUAL:	SI		NO		
EXISTE APOYO DE FOTOCOPIADO:	SI		NO		
EXISTE APOYO DE INTERNET:	SI		NO		

BREVE HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN



UBICACIÓN (AGREGAR MAPA)

DESCRIBA LOS PROYECTOS DE LA INSTITUCIÓN PARA LA ENSEÑANZA DEL IDIOMA, EN LOS QUE PARTICIPARÁ EL ASISTENTE ASIGNADO, DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2024-2025	
NOMBRE DEL PROYECTO	FINALIDAD DEL PROYECTO

Nombre completo y firma de la máxima autoridad de la institución

Nombre completo y firma del Coordinador de idiomas de la institución

Nombre completo y firma del tutor designado

Sello de la institución