

REGISTRO EN EL CURSO DE CRÉDITO • AGREGAR • ABANDONAR • AUDITAR • FORMULARIO DE RETIRO

Escriba en letra de imprenta clara y complete todos los campos

N.º de ID de AACC

PERÍODO: OTOÑO (agosto a diciembre) INVIERNO (diciembre a enero) PRIMAVERA (enero a mayo) VERANO (mayo a agosto) AÑO: _____

Estado de los EE. UU. donde completará la(s) clase(s) en este período (es decir, MD, VA, RI, etc.): _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Especialización: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Hogar Empresarial Celular

Acción: Registrar, Abandonar, *Retirar, Auditar	Departamento	Número del curso	Numero de sección	Título	Horas de crédito	Fecha de inicio	Días de la semana	Tiempo	Ubicación: (Arnold, AMIL, GBTC, CCPT, etc.)
Registrarse	SAM	111	001	Curso de muestra	3	8/28	MWF	9-9:50 a.m.	AMIL

*SI SE RETIRA DE UNA CLASE

- Confirmando que tengo la intención de permanecer inscrito y asistir a mis otras clases que aún no han comenzado durante este período.
- No estoy registrado ni planeo abandonar mis otras clases que aún no hayan comenzado durante este período.

INFORMACIÓN DE PAGO

El pago vence en el momento de la inscripción. Los pagos se pueden realizar a través de MyAACC o en la oficina del cajero. Visite aacc.edu/costs-and-paying/credit-costs-and-payment/paying-your-bill para obtener información sobre las opciones de pago. Los estudiantes que utilicen beneficios para veteranos deben comunicarse con la oficina de ayuda financiera al momento de inscribirse.

Solicito el/los curso(s) indicados anteriormente. Mediante mi firma, reconozco lo siguiente:

- ✓ Mi responsabilidad por el pago de la matrícula y los cargos generados por esta inscripción. Comprendo que debo pagar mi factura o hacer los arreglos necesarios para pagar antes de la fecha de vencimiento y que soy responsable de todos los cargos, a menos que abandone mis clases a más tardar último día estipulado para recibir un reembolso completo según lo publicado en el Cronograma de clases.
- ✓ Comprendo que la auditoría o el retiro podría afectar mi capacidad para recibir ayuda financiera.
- ✓ Comprendo que soy responsable del/de los curso(s) seleccionado(s) y comprendo cómo se aplican a mi objetivo educativo.
- ✓ Al proceder con esta inscripción, acepto cumplir con la Política de integridad académica y todas las demás políticas universitarias, según se cita en el Catálogo universitario. Al proceder con esta inscripción, acepto cumplir con la Política de integridad académica y todas las demás políticas universitarias, según se cita en el Catálogo universitario.
- ✓ Comprendo que la asistencia al primer día de reunión programado de la clase es importante para el éxito.
- ✓ Comprendo que antes de la inscripción de cada período debo indicar la ubicación principal (estado de los EE. UU.) donde completaré mi(s) clase(s).

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma del asesor _____ Fecha _____