



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

PLANTEL: Aeropuerto

CARRERA: _____

PERIODO ESCOLAR: _____ GRUPO ANT: _____ GRUPO: ACT _____

MATRÍCULA: _____ CLAVE DEL PLAN DE ESTUDIOS: _____

CURP: _____ FECHA _____

Foto

Sello

NOMBRE DEL ALUMNO:

_____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____

DOMICILIO (actualizado)

CALLE: _____ NO. EXT. _____ NO. INTERIOR _____
 COLONIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____
 NOTA: EN CASO DE NO TENER TELÉFONO, ANOTA ALGUNO DONDE PODAMOS LOCALIZARTE: _____
 DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____
 TIENE SERVICIO MÉDICO: IMSS _____ ISSSTE _____ OTROS: _____

DATOS GENERALES

NACIONALIDAD: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____

DATOS DE LOS PADRES O TUTOR

NOMBRE DEL TUTOR RESPONSABLE ACADEMICAMENTE _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ TELÉFONO: _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ TELÉFONO: _____

Me comprometo a cumplir con el REGLAMENTO ESCOLAR.
(consulta en el portal Conalep)

ATENTAMENTE

Nombre y Firma (Alumno)

Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

Nombre y Firma
de quien Recibe la solicitud de reinscripción





FIRMAS DE NO ADEUDO

TRABAJO SOCIAL

FIRMA

--	--

ACTIVIDADES CULTURALES Y DEPORTIVAS

FIRMA

--	--

TITULACION (entrega de fotografías)

FIRMA

--	--



CÉDULA MÉDICA DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO:

_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

TIPO DE SANGRE: _____

PADECIMIENTOS, ALERGIAS O ENFERMEDAD CRÓNICA:

MEDICAMENTOS QUE TOMA DE FORMA PERMANENTE:

IMPEDIMENTOS:

****EN CASO DE ACCIDENTE O MALESTAR, INDICAR EL NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA A QUIEN SE DEBE AVISAR:**

****FAVOR DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA, ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL BIENESTAR DEL ALUMNO.**

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE o TUTOR

