



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN



Foto

PLANTEL: Álvaro Obregón II

CARRERA: _____

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

MATRÍCULA: _____ CLAVE DEL PLAN DE ESTUDIOS: _____

CURP: _____ FECHA _____



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: _____
 ALCALDÍA 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 ACADÉMICAMENTE _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ TELÉFONO: _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ TELÉFONO: _____

Me comprometo a cumplir con Las Normas de Convivencia Escolar del Sistema CONALEP.
(Las puedes consultar en: www.conalep.edu.mx)

ATENTAMENTE

Nombre y Firma (Alumno)

Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

Nombre y Firma
de quien Recibe la solicitud de reinscripción

