



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN



Foto

PLANTEL: Álvaro Obregón II FECHA: _____

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

MATRÍCULA: _____	CLAVE DEL PLAN DE ESTUDIOS: _____
------------------	-----------------------------------

CURP: _____	FECHA _____
-------------	-------------

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

