



**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**  
**MÓDULOS REPROBADOS**  
 (LLENAR CON MAYÚSCULAS)

**FOTO**

PLANTEL: \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**CARRERA: P.T. BACHILLER EN**

PERIODO ESCOLAR		PROMEDIO GENERAL		GRUPO ANTERIOR		GRUPO ACTUAL	
--------------------	--	---------------------	--	-------------------	--	-----------------	--

MATRICULA:	
CURP:	

**NOMBRE DEL ALUMNO**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

**DOMICILIO**

CALLE:	Nº.EXT.	Nº INT.
COLONIA:	CODIGO POSTAL	TELEFONO

 CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 NOTA. EN CASO DE NO TENER TELEFONO, ANOTA ALGUNO DONDE PODAMOS  
 LOCALIZARTE \_\_\_\_\_

ALCALDIA O MUNICIPIO:	_____
CUENTAS CON SERVICIO MEDICO:	_____

¿QUÉ INSTITUCIÓN? \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

TIPO DE SANGRE	ERES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO O SUSTANCIA	¿CUÁL?	
NACIONALIDAD	_____	SEXO	_____
Años			
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL

**DATOS DE LOS PADRES O TUTOR**

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR	CORREO	CELULAR
NOMBRE DE LA MADRE	CORREO	CELULAR

He leido y me comprometo a cumplir LAS REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL SISTEMA CONALEP  
 (LO PUEDES CONSULTAR EN LA PÁGINA <https://cdmx.conalep.edu.mx>)

Nombre y Firma (Alumno) \_\_\_\_\_ Jefe de Proyecto de Servicios Escolares \_\_\_\_\_

Nombre y Firma  
 De quien recibe la solicitud de reinscripción

