



CARTA COMPROMISO PADRE(S) DE FAMILIA O TUTORE(S)

ALUMNO DEL COLEGIO NACIONAL DE
EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, CON NÚMERO DE MATRÍCULA _____ Y CARRERA
P.T.B. EN - _____

PROTESTO EN ESTE ACTO, CUMPLIR Y OBEDECER TODAS LAS NORMAS DEL PLANTEL EN EL QUE ME
ENCUENTRO INSCRITO, Y EL REGLAMENTO ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA NACIONAL DE
COLEGIOS DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, ASUMIENDO ASIMISMO TODAS LAS OBLIGACIONES Y
RESPONSABILIDADES QUE DE ELLOS EMANEN, EN LA CIUDAD DE MÉXICO A LOS _____ DIAS DEL
MES DE _____ DE _____ FIRMA DEL ALUMNO

_____ Y _____
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR NOMBRE DE LA MADRE

PADRES O TUTOR(ES) DEL ARRIBA FIRMANTE EN EJERCICIO DE LA PATRIA PROTESTAD,
MANIFESTAMOS QUE ATENDEREMOS EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y REGLAMENTO
ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA NACIONAL DE COLEGIOS DE EDUCACIÓN PROFESIONAL
TÉCNICA, REGLAMENTO INTERNO DEL PLANTEL, ASISTIENDO PUNTUALMENTE A LAS REUNIONES DE
ENTREGA DE REPORTE DE EVALUACIONES O CUANDO SE NOS REQUIERA POR LA INSTITUCIÓN; ASI
COMO VIGILAR EL COMPORTAMIENTO, ASISTENCIA DIARIA A CLASES , APROVECHAMIENTO ESCOLAR Y
DEMÁS OBLIGACIONES QUE NUESTRO HIJO (A) ADQUIRIO AL INSCRIBIRSE A ESTE PLANTEL.

ATENTAMENTE

_____ FIRMA DEL PADRE (O TUTOR)

_____ FIRMA DE LA MADRE





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





FOTO

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
MÓDULOS REPROBADOS: _____
(LLENAR CON MAYÚSCULAS)

PLANTEL: **AZTAHUACÁN** CLAVE: **011** FECHA _____ DE _____ DE _____

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

PERIODO ESCOLAR: _____ PROMEDIO GRAL: _____ GRUPO ANTERIOR: _____ GRUPO ACTUAL: _____

MATRÍCULA: _____
CURP: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____

DOMICILIO
CALLE: _____ NO. EXT. _____ NO. INTERIOR _____
COLONIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
NOTA: EN CASO DE NO TENER TELÉFONO, ANOTA ALGUNO DONDE PODAMOS LOCALIZARTE: _____
ALCALDÍA O MUNICIPIO: _____
CUENTA CON SERVICIO MÉDICO: ¿QUÉ INSTITUCIÓN? _____

DATOS GENERALES:
TIPO DE SANGRE: _____ ERES ALERGICO ALGÚN MÉDICAMENTO O SUSTANCIA ¿CUÁL? _____
NACIONALIDAD: **MEXICANA** SEXO: _____
años _____ SOLTERO
DD MM AAAA 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 leído y me comprometo a cumplir las REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL SISTEMA CONALEP
QUE PUEDES COSULTAR EN LA PÁGINA <https://cdmx.conalep.edu.mx/aztahuacan/reglasconvivenciaescolar>
ATENTAMENTE

C. _____
Nombre y Firma (Alumno)

Ing. Juan Carlos Granados
Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

C. _____
Nombre y Firma
de quien Recibe la solicitud de reinscripción

