



## 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





**Educación**

Secretaría de Educación Pública



Unidad de Operación Desconcentrada para la CDMX  
Dirección de Desarrollo y operación Académica y de Capacitación Laboral  
Coordinación de Servicios Educativos



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 EDAD LUGAR DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL  
FECHA DE NACIMIENTO

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



**2025**  
Año de  
**La Mujer**  
**Indígena**

Avenida Plan de Ayala # 395 Col. Ejidos de Santa María Aztahuacan. Alcaldía Iztapalapa CP. 09500 Ciudad de México  
Tel. 5556910584 ext.104 <https://cdmx.conalep.edu.mx/aztahuacan>