



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
(LLENAR CON LETRA LEGIBLE, TINTA AZUL Y/O NEGRA)

PLANTEL: AZTAHUACAN CLAVE: 011 FECHA: DE AGOSTO DE 2025.

FOTOGRAFÍA
OBLIGATORIA

CARRERA:

PERIODO ESCOLAR: 1.25.26 TURNO:

GRUPO:

NOMBRE DEL ALUMNO (A):

MATRICULA:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

DOMICILIO:

CALLE: _____ NO. EXT. _____ NO. INTERIOR. _____

COLONIA: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

ALCALDÍA. _____ NO. DE CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS GENERALES:

TIPO DE SANGRE: _____ ERES ALERGICO SI NO ¿CUÁL? _____

(NSS) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS): _____

SEXO: _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

PERTENECES A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA SI NO CUÁL? _____

HABLAS ALGUNA LENGUA INDÍGENA SI NO ¿CUÁL? _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR:

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

HE LEIDO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL SISTEMA CONALEP
LAS PUEDES CONSULTAR EN LA PÁGINA <https://cdmx.conalpe.edu.mx/aztlahuacan/reglasconvivenciaescolar>

Nombre y firma del alumno (a)

ING. JUAN CARLOS GRANADOS SALINAS
JEFE DE PROYECTO DE SERVICIOS ESCOLARES

Nombre y firma de quien recibe la solicitud de inscripción (ESCOLARES)



2025
Año de
**La Mujer
Indígena**



CÉDULA MÉDICA DEL ALUMNO (A)

NOMBRE DEL ALUMNO (A):

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDAD CRÓNICA:

MEDICAMENTOS QUE TOMA DE FORMA PERMANENTE:

TIENES ALGUNA DISCAPACIDAD: SI NO ¿Cuál? (visual) (auditiva) (motriz) (mental)

EN CASO DE ACCIDENTE O MALESTAR, INDICAR EL NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA A QUIEN AVISAR:

****FAVOR DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA, ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL BIENESTAR DEL ALUMNO (A).**

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

_____ ALUMNO (A) DEL COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, DEL PLANTEL AZTAHUACAN, CON NÚMERO DE MATRÍCULA _____ Y DE LA CARRERA P.T.B. EN _____
PROTESTO EN ESTE ACTO, CUMPLIR Y OBEDECER TODAS LAS NORMAS DEL PLANTEL ASI COMO DE LAS NORMAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR PARA ALUMNOS (A) DEL SISTEMA NACIONAL DEL COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, ASUMIENDO ASIMISMO TODAS LAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES QUE DE ELLOS EMANEN. EN LA CIUDAD DE MÉXICO A _____

FIRMA DEL ALUMNO (A) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

PADRE O TUTOR DEL ARRIBA FIRMANTE EN EJERCICIO DE LA PATRIA PROTESTAD, MANIFESTO QUE ATENDERÉ EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR PARA ALUMNOS (A) DEL COLEGIO NACIONAL 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; ASÍ COMO VIGILAR EL COMPORTAMIENTO, ASISTENCIA DIARIA A CLASES, APROVECHAMIENTO ESCOLAR Y DEMÁS OBLIGACIONES QUE NUESTRO HIJO (A) ADQUIRIÓ AL INSCRIBIRSE A ESTE PLANTEL.**

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

