



FOTO

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
MÓDULOS REPROBADOS
(LLENAR CON MAYÚSCULAS)

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 leído y me comprometo a cumplir LAS REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL SISTEMA CONALEP
(LO PUEDES COSULTAR 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

