EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

conalep

Unidad de Operación Desconcentrada para la Ciudad de México
Plantel Iztapalapa III
Clave Centro de Trabajo 09DPT0021P
Dirección
Servicios Escolares

FOTO

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

FECHA _____ DE_____**DE** _____

PLANTEL: _____

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 MEDICAMENTO O SUSTANCIA ¿CUÁL?

NACIONALIDAD: _____ SEXO:

_____ _____ _____ 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: _____

Me comprometo a cumplir con el REGLAMENTO ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA CONALEP
(LO PUEDES COSULTAR EN LA PÁGINA **https://cdmx.conalep.edu.mx)**

ATENTAMENTE

_____ Nombre y Firma (Alumno)

_____ Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

_____ Nombre y firma de quien recibe de solicitud de reinscripción