EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
conalep

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Foto

Sello

PLANTEL: _____

CARRERA:

PERIODO ESCOLAR:		**GRUPO ANT:**		**GRUPO: ACT**	

MATRÍCULA:		CLAVE DEL PLAN DE ESTUDIOS:	

CURP:		FECHA	

NOMBRE DEL ALUMNO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

DOMICILIO (actualizado)

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

COLONIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

NOTA: EN CASO DE NO TENER TELÉFONO, ANOTA ALGUNO DONDE PODAMOS LOCALIZARTE: _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____

TIENE SERVICIO MÉDICO: IMSS _____ ISSSTE _____ OTROS: _____

DATOS GENERALES

NACIONALIDAD:		SEXO:	

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL

DATOS DE LOS PADRES O TUTOR

NOMBRE DEL TUTOR RESPONSABLE ACADEMICAMENTE _____

NOMBRE DEL PADRE _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ TELÉFONO: _____

Me comprometo a cumplir con el REGLAMENTO ESCOLAR.
(consulta en el portal conalep)

ATENTAMENTE

_____
Nombre y Firma (Alumno)

_____
Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

_____
Nombre y Firma
de quien Recibe la solicitud de reinscripción