**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**

Foto

|  |  |
| --- | --- |
| PLANTEL: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CARRERA: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PERIODO ESCOLAR: | 11920 |  | **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: V  |  |  |
|  |  |  |
| 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 Firmade quien Recibe la solicitud de reinscripción |
|  |