



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Foto

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: _____

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 Firma
de quien Recibe la solicitud de reinscripción.

