

FOTO

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

MÓDULOS REPROBADOS: _____
(LLENAR CON MAYÚSCULAS)

PLANTEL: _____ FECHA _____ DE _____ DE _____

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 MÉDICAMENTO O SUSTANCIA	¿CUÁL?	
NACIONALIDAD: _____	EDAD: _____ años	SEXO: _____	
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 CONSULTAR EN LA PÁGINA <https://cdmx.conalep.edu.mx>)

ATENTAMENTE

C.

Nombre y Firma (Alumno)

Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

C.

Nombre y Firma
de quien Recibe la solicitud de reinscripción



CÉDULA MÉDICA DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

TIPO DE SANGRE: _____

PADECIMIENTOS, ALERGIAS O ENFERMEDAD CRÓNICA:

MEDICAMENTOS QUE TOMA DE FORMA PERMANENTE:

IMPEDIMENTOS:

****EN CASO DE ACCIDENTE O MALESTAR, INDICAR EL NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA A QUIEN SE DEBE AVISAR:**

**FAVOR DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA, ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL BIENESTAR DEL ALUMNO.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR





CARTA COMPROMISO PADRE(S) DE FAMILIA O TUTOR(E(S))

ALUMNO DEL COLEGIO NACIONAL DE
EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, CON NÚMERO DE MATRÍCULA _____ Y CARRERA
P.T.B. EN - _____

PROTESTO EN ESTE ACTO, CUMPLIR Y OBEDECER TODAS LAS NORMAS DEL PLANTEL EN EL QUE ME
ENCUENTRO INSCRITO, Y EL REGLAMENTO ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA NACIONAL DE
COLEGIOS DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, ASUMIENDO ASIMISMO TODAS LAS OBLIGACIONES Y
RESPONSABILIDADES QUE DE ELLOS EMANEN, EN LA CIUDAD DE MÉXICO A LOS _____ DIAS DEL
MES DE _____ DE _____ FIRMA DEL ALUMNO

_____ Y _____
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR NOMBRE DE LA MADRE

PADRES O TUTOR(ES) DEL ARRIBA FIRMANTE EN EJERCICIO DE LA PATRIA PROTESTAD,
MANIFESTAMOS QUE ATENDEREMOS EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y REGLAMENTO
ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA NACIONAL DE COLEGIOS DE EDUCACIÓN PROFESIONAL
TÉCNICA, REGLAMENTO INTERNO DEL PLANTEL, ASISTIENDO PUNTUALMENTE A LAS REUNIONES DE
ENTREGA DE REPORTE DE EVALUACIONES O CUANDO SE NOS REQUIERA POR LA INSTITUCIÓN; ASI
COMO VIGILAR EL COMPORTAMIENTO, ASISTENCIA DIARIA A CLASES , APROVECHAMIENTO ESCOLAR Y
DEMÁS OBLIGACIONES QUE NUESTRO HIJO (A) ADQUIRIO AL INSCRIBIRSE A ESTE PLANTEL.

ATENTAMENTE

_____ FIRMA DEL PADRE (O TUTOR)

_____ FIRMA DE LA MADRE

