

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

PLANTELE: _____ FECHA _____ 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: | SEXO: | | |
| años | | | |
| 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/iztapalapav>)

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 TUTORE(S)

ALUMNO DEL COLEGIO NACIONAL DE

EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, CON NÚMERO DE MATRÍCULA _____
P.T.B. EN - _____

Y CARRERA _____

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