



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

MÓDULOS
REPROBADOS: _____
(LLENAR CON
MAYÚSCULAS)

FOTO

PLANTELE: MAGDALENA CONTRERAS	FECHA:
-------------------------------	--------

CARRERA: PROFESIONAL TECNICO BACHILLER EN :	
---	--

PERÍODO ESCOLAR: 2-2526	PROMEDIO GENERAL:	GRUPO ANTERIOR:	GRUPO ACTUAL:
		MATRÍCULA:	
		CURP:	

NOMBRE DEL ALUMNO:

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

DOMICILIO

CALLE:	No. Exterior:	No. Interior
--------	---------------	--------------

COLONIA:	CODIGO POSTAL:	TELEFONO CASA:
----------	----------------	----------------

TELEFONO CELULAR:	CORREO ELECTRONICO PERSONAL:
-------------------	------------------------------

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:
---------------	-------

FECHA DE NACIMIENTO (DIA-MES-AÑO)	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO (MUNICIPIO o ALCALDIA y ESTADO)	ESTADO CIVIL
--------------------------------------	------	--	--------------

DATOS DE LOS PADRES O TUTOR

NOMBRE DEL PADRE:	CORREO:	CELULAR:
NOMBRE DE LA MADRE :	CORREO:	CELULAR:
NOMBRE DEL TUTOR:	CORREO:	CELULAR:

ATENTAMENTE

Lic. Elvia Gómez Núñez

Nombre y Firma (Alumno)

Jefe de Proyecto de Servicios Escolares



2026
año de
Margarita
Maza

Nombre y firma de personal del Departamento de
Servicios Escolares



Educación

Secretaría de Educación Pública



Plantel Conalep Magdalena Contreras
Dirección



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**

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR



2026
año de
**Margarita
Maza**

Durango No. 17, Col. San Francisco, C.P. 10820, Alcaldía La Magdalena Contreras, Ciudad de México.
Tel. 55 5652 6808 ext. 101 y 102 www.cdmx.conalep.edu.mx/magdacon/home



CARTA COMPROMISO PADRE(S) DE FAMILIA O TUTORE(S)

ALUMNO _____ DEL COLEGIO NACIONAL
DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, CON NÚMERO DE MATRÍCULA _____ Y
CARRERA DE PROFESIONAL TECNICO BACHILLER 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 _____ DEL 2026.

FIRMA DEL ALUMNO	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 ALUMNO

NOMBRE DE LA MADRE