



**FOTO**

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN  
MÓDULOS REPROBADOS \_\_\_\_\_  
(LLENAR CON MAYÚSCULAS)**

PLANTELE: \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**CARRERA: P.T. BACHILLER EN**

PERÍODO ESCOLAR		PROMEDIO GENERAL		GRUPO ANTERIOR		GRUPO ACTUAL	
--------------------	--	---------------------	--	-------------------	--	-----------------	--

MATRÍCULA:	
CURP:	

**NOMBRE DEL ALUMNO**

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

**DOMICILIO**

CALLE: COLONIA:	NO. EXT. CÓDIGO POSTAL	NO. INT. TELÉFONO
--------------------	---------------------------	----------------------

CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
NOTA. EN CASO DE NO TENER TELÉFONO, ANOTA ALGUNO DONDE  
PODAMOS LOCALIZARTE \_\_\_\_\_

ALCALDIA O MUNICIPIO: CUENTAS \_\_\_\_\_

CON SERVICIO MEDICO: \_\_\_\_\_ QUE INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

TIPO DE SANGRE	ERES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO O SUSTANCIA	CUÁL	
NACIONALIDAD		SEXO	
AÑOS			
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

He leído y me comprometo a cumplir LAS REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL SISTEMA CONALEP  
(LO PUEDES CONSULTAR EN LA PÁGINA <https://cdmx.conalep.edu.mx>)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (Alumno)

\_\_\_\_\_  
Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
De quien recibe la solicitud de reinscripción



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

EL (LA) C. \_\_\_\_\_ ALUMNO (A)  
DEL COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, CON NÚMERO DE MATRÍCULA  
\_\_\_\_\_ DE LA CARRERA DE PROFESIONAL TÉCNICO BACHILLER EN  
CON CLAVE \_\_\_\_\_ PROTESTO EN ESTE ACTO, CUMPLIR Y OBEDECER TODAS LAS  
NORMAS DEL PLANTEL EN EL QUE ME ENCUENTRO INSCRITO, Y LAS REGLAS DE CONVIVENCIA  
ESCOLAR, ASUMIENDO ASIMISMO TODAS LAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES QUE DE  
ELLOS EMANEN.

EN LA CIUDAD DE MÉXICO A LOS \_\_\_\_\_ DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL 2026.

\_\_\_\_\_ FIMA DEL ALUMNO

Y

\_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA MADRE

PADRES Y/O TUTOR (ES) DEL ARRIBA FIRMANTE EN EJERCICIO DE LA PATRIA PROTESTAD,  
MANIFESTAMOS QUE ATENDEREMOS EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y REGLAS DE  
CONVIVENCIA ESCOLAR, 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 DEMAS OBLIGACIONES QUE NUESTRO HIJO (A) ADQUIRIO AL  
INSCRIBIRSE A ESTE PLANTEL.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_ FIMA DEL PADRE (O TUTOR)

\_\_\_\_\_ FIRMA DE LA MADRE



### 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 DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

### COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA PRESENTE

Por medio de la presente, los firmantes, en ejercicio de la patria potestad sobre nuestro menor hija(o) de nombre: \_\_\_\_\_, alumno de Conalep Xochimilco otorgamos autorización al **COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA**, en adelante **“CONALEP”**, para la fijación, reproducción, uso y difusión de la imagen de nuestro menor hijo, por tiempo ilimitado y de manera gratuita, en campañas, promocionales y demás materiales de apoyo que considere pertinente para la difusión y promoción del **“CONALEP”**, que se distribuya en el país o en el extranjero por cualquier medio ya sea impreso, electrónico o en proyecciones, videos, gráficas, textos, filminas y todo el material suplementario de las promociones y campañas, en términos de los artículos 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor, 411, 412, 413 y 425, del Código Civil Federal; y 5 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes .

En virtud de esta autorización no esta permitido comercializar, ni promover productos o servicios de terceros, durante el ejercicio de los derechos otorgados en la presente, ni asociar la imagen de nuestro menor con marcas y/o productos de terceros ajenos a **“CONALEP”**.

La presente autorización se entiende por triplicado para los fines antes mencionados.

En la ciudad de México a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de:20\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA PADRE**

**NOMBRE Y FIRMA DE MADRE**

**TESTIGO**  
Armando García León  
Av. México Xochimilco 6722  
Del.Xochimico C. P 16020

**Nota: se adjunta copia de identificación oficial del cedente y testigos**

#### **DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

**NOMBRE DEL ALUMNO** \_\_\_\_\_  
**GRUPO** \_\_\_\_\_  
**MATRÍCULA** \_\_\_\_\_



**2026**  
año de  
**Margarita Maza**



## CARTA COMPROMISO ALUMNO USO DEL UNIFORME

Ciudad de México a \_\_\_\_ del \_\_\_\_ 2026

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

### ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LOS PUNTOS ESTABLECIDOS:

- 1.- Respetar y cumplir las Reglas de Convivencia Escolar del Plantel Xochimilco.
- 2.- Mejorar mi desempeño académico evitando las asesorías complementarias o recurrir a módulos, asistir con puntualidad al salón de clases.
- 3.- Respetar y atender las instrucciones del personal, docente y administrativo, así mismo respetar el trabajo de los vigilantes e intendentes.
- 4.- Portar la credencial vigente y presentarla al ingreso del plantel.
- 5.- Hacer buen uso de los materiales de talleres e inmuebles que se encuentren dentro de las instalaciones de no ser así me comprometo a hacer la reposición del material.
- 6.- Me comprometo a que mi comportamiento dentro del plantel se guíe con base a las reglas y valores de la Institución.
- 7.- No vender ni introducir alcohol, drogas dentro del plantel.
- 8.- No introducir ningún tipo de armas, no agredir verbal o físicamente a docentes, administrativos, compañeros vigilantes e intendentes
- 9.- Cumplir con el porcentaje mínimo de asistencias y en caso de falta, justificarla a la brevedad
- 10.- Hacer entrega de mi alta de seguridad social médica a el área correspondiente en tiempo y forma (vigencia de derechos con la autenticidad del documento)
- 11.- No vender comida dulce ni productos dentro del plantel.

### USO DEL UNIFORME ESCOLAR ME COMPROMETO A:

- Presentarme con el uniforme completo haciendo uso correcto dentro del aula y durante toda la estancia en el plantel
- Mantener el uso del uniforme sin cambios de ropa que no correspondan al uniforme oficial de la institución, así mismo portar la falda, a no más de 2cm arriba de la rodilla
- El uso de pants oficial correspondiente y tenis, podrá portarse únicamente los días viernes

Declaro que conozco todos los parámetros establecidos en las Reglas de Convivencia Escolar y de las respectivas áreas del plantel, también reconozco la importancia del uso del uniforme oficial y me comprometo a cumplirlas, y portar el uniforme, de no ser así me hago acreedor a la sanción correspondiente.

Nombre y firma del alumno: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Número telefónico del tutor: \_\_\_\_\_



## Protección de Datos Personales

### Aviso de privacidad

Aviso de Privacidad simplificado para aspirantes a alumnos, alumnos y egresados del Sistema CONALEP. El Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), a través DEL PLANTEL XOCHEMILCO, como responsable del tratamiento de los datos personales que recabamos, mismos que utilizaremos para las siguientes finalidades y que son necesarias para prestar el servicio:

Sistematización, registro, control y seguimiento de la información personal, académica y laboral de los aspirantes a alumnos, alumnos y egresados del Sistema CONALEP.

- Registro, control y seguimiento de trayectoria académica para la obtención de apoyos económicos (becas y premios), evaluación, certificación de estudios, trámites de titulación y la detección temprana y oportuna de áreas de riesgo psicoemocionales en los estudiantes.

- Trámites administrativos de pago y credencialización.

De manera adicional, le informamos que podemos transferir sus datos personales a las autoridades, poderes, entidades, órganos y organismos gubernamentales de los tres órdenes de gobierno, así como instituciones nacionales e internacionales dedicadas al ámbito de la educación, la salud y la cultura para las siguientes finalidades:

- Para estudios de investigación educativa nacional, regional o local, que realicen la Secretaría de Educación Pública, Instituciones Públicas Educativas Nacionales y Estatales, así como Organismos Internacionales en el ámbito de la educación, la salud y la cultura.

- Para la gestión y obtención de apoyos económicos o en especie en beneficio del estudiante que otorguen el Gobierno Federal e Instituciones Privadas.

- Para el desarrollo de programas encaminados a la formación integral de los estudiantes y la atención y promoción de la salud física y mental.

- Para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

- Para contactos posteriores de acciones relacionadas con el seguimiento de egresados.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO) ante la Unidad de Transparencia del CONALEP Xochimilco ubicado en Calzada México Xochimilco No. 5722, Colonia Ampliación Tepepan Alcaldía Xochimilco, CDMX C.P. 16020 Teléfonos: 5556760730 o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia <http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>), o en el correo electrónico [unidaddeenlace@conalep.edu.mx](mailto:unidaddeenlace@conalep.edu.mx), o por escrito dirigido la Unidad de Transparencia del COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA. Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al teléfono mencionado.

(V) El aviso de privacidad podrá ser consultado en <https://www.conalep.edu.mx/avisos-de-privacidad-delconalep>

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ del mes de: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## REVISIÓN DE ÚTILES ESCOLARES

**AUTORIZACIÓN, PERMISO Y MANIFIESTO DEL TUTOR(A) Y ALUMNA(O) DEL PLANTEL CONALEP XOCHIMILCO RESPECTO A CONOCER Y CUMPLIR CON LAS REGLAS DISCIPLINARIAS, REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL SISTEMA CONALEP Y PROTOCOLO PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DEL ESTUDIANTADO EN LA REVISIÓN DE ÚTILES ESCOLARES EN LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR.**

En calidad de Alumna(o) y Tutor

directivo, administrativo y docente de este Plantel para que con el mayor entusiasmo, esfuerzo y dedicación, de manera conjunta luchemos día con día por alcanzar los objetivos y nuestro compromiso académico como Alumna(o) y Tutor de este Plantel.

Asimismo, con la finalidad de que la estancia como Alumna(o) en el Plantel sea de lo más provechosa, nos comprometemos a cumplir y hacer cumplir las disposiciones siguientes:

Para garantizar nuestra seguridad, de lunes a viernes así como sábados de haber actividades tanto dentro como fuera del Plantel, a partir del primer día de clases en mi calidad de Alumna(o) portaré el uniforme, así como la credencial expedida por el Plantel, en el entendido de que:

Como parte del uniforme y/o accesorios, estamos de acuerdo en no usar gorras, lentes oscuros, cinturones con estoperoles, adornos con estoperoles, ni usar tintes llamativos en el cabello.

De la misma forma en calidad de Alumna(o) y Tutor(a) del Plantel CONALEP Xochimilco en el marco del Protocolo de Seguridad en los Planteles del Sistema CONALEP **AUTORIZO EL DESARROLLO DEL “PROTOCOLO PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DEL ESTUDIANTADO EN LA REVISIÓN DE ÚTILES ESCOLARES EN LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR”.**

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_  
GRUPO \_\_\_\_\_  
MATRÍCULA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA MADRE, PADRE O TUTOR



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

**Consentimiento individual para la inclusión en el Seguro de AP Colectivo  
experiencia global sin participación en las utilidades**

Manifiesto mi consentimiento para ser incluido en la póliza de seguro de accidentes personales colectivo, contratada por:		Consentimiento No.	Póliza No.			
Datos del titular						
Nombre completo (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)		R.F.C.	Sexo			
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Lugar de nacimiento	Estado civil				
		S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	UL <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle y número)			Colonia			
Población		Estado	C.P.	Teléfono		
Ocupación (detalle en qué consiste)						
Asegurado de Educación Pública						
Fecha de ingreso (día, mes, año)	Fecha de alta a la colectividad (día, mes, año)	Porcentaje o cantidad de contribución a la prima.				
(01/SEP/2025)	(31/AGO/2026)	Negocio comercial gobierno (Consolidado)				
Datos del seguro solicitado						
Cobertura			Suma asegurada			
<input type="checkbox"/> Muerte accidental <input type="checkbox"/> Pérdidas orgánicas escala A <input type="checkbox"/> Pérdidas orgánicas escala B <input type="checkbox"/> Indemnización diaria por incapacidad <input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos Deducible: <u>Sin deducible</u>			\$ 550,000.00 pesos MXN \$ 550,000.00 pesos MXN \$ 550,000.00 pesos MXN \$ 400.00 pesos MXN \$ 225,000.00 pesos MXN <input type="checkbox"/> \$ 5,000.00 pesos MXN / 35 <input type="checkbox"/> de S.A.			
El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.						
Advertencia: en el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de los menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.						

Beneficiarios			
Nombre completo (apellido paterno, materno y nombre)	Irrevocable	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje %
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Declaraciones			
<p>Declaro que en mi ocupación no estoy expuesto(a) a sustancias químicas peligrosas, radiaciones, armas de fuego y explosivos, maquinaria pesada, ni de las relacionadas a la construcción y minería, ni practico los deportes y aficiones de buceo, tauromaquia, alpinismo, equitación, charería, box, lucha, artes marciales, vuelos sin motor (paracaidismo, ala delta y planeador), o contiendas de velocidad en vehículos motorizados de cualquier tipo, ni amateur ni profesional.</p> <p>Declaro que a la fecha no he recibido orientación o tratamiento médico acerca de mis hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas estimulantes.</p>			
<p>Para todos los efectos que pudiera tener este consentimiento, hago constar que las declaraciones contenidas las he hecho personalmente, son verídicas y completas. "Cualquier referencia en el presente documento a selección de riesgo o solicitud de requisitos médicos para asegurar a una persona, únicamente será aplicable para aquellas personas que den su consentimiento para ser asegurados después de treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad".</p>			
Lugar y fecha	Firma del contratante		Firma del asegurado

Seguros SURA, S.A. de C.V. Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, 01090, Ciudad de México. Teléfono de atención: 55 5723 7999.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de Julio de 2015, con el número CNSF-S0010-0289-2015/ CONDUSEF-002693-03, RESP-S0010-0033-2017 con fecha 07 de Marzo de 2017, RESP-S0010-0006-2018 con fecha 24 de Julio de 2018.

Se hace del conocimiento del solicitante que este producto de seguro cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que se detallan en las condiciones generales de la póliza, las cuales, independientemente de que le serán dadas a conocer por la persona que esté intermediando este seguro, podrán ser consultadas en [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx), o bien, en el RECAS en la página <https://phpapps.condusef.gob.mx/recas/>

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (UNE) a cual se encuentra ubicada en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, en la Ciudad de México, al teléfono 55 5723 7912, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas, y viernes de 8:30 a 14:30 horas, al correo [unat.clientes@segurossura.com.mx](mailto:unat.clientes@segurossura.com.mx), o visite nuestra página [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx); o bien, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), en Av. Insurgentes Sur 762, col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México; [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx); correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), teléfonos: en la Ciudad de México 55 5340 0999, resto de la República Mexicana 800 999 8080.