



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



<b>PLANTEL:</b> XOCHIMILCO		<b>FECHA:</b>	
<b>CARRERA:</b> Profesional Técnico-Bachiller			
<b>PERIODO ESCOLAR:</b> 1-2425	<b>PROMEDIO GRAL:</b>	<b>GRUPO ANTERIOR:</b>	<b>GRUPO ACTUAL:</b>

<b>MATRÍCULA:</b>
<b>CURP:</b>

NOMBRE DEL ALUMNO:		
<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE(S)</b>

DOMICILIO:		
<b>CALLE:</b>	<b>NO. EXT.</b>	<b>NO. INTERIOR</b>
<b>COLONIA:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>	<b>TELÉFONO:</b>
<b>CELULAR:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	
<b>NOTA: EN CASO DE NO TENER TELÉFONO, ANOTA ALGUNO DONDE PODAMOS LOCALIZARTE:</b>		
<b>ALCALDÍA O MUNICIPIO:</b>		
<b>CUENTA CON SERVICIO MÉDICO:</b>	<b>¿QUÉ INSTITUCIÓN?</b>	

DATOS GENERALES			
<b>TIPO DE SANGRE:</b>	<b>¿ERES ALERGICO A ALGÚN MÉDICAMENTO O SUSTANCIA:</b>	<b>¿CUÁL?</b>	
<b>NACIONALIDAD:</b>	<b>SEXO:</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> DD MM AAAA	<b>EDAD:</b>	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>
DATOS DE LOS PADRES O TUTOR			
<b>NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:</b>	<b>CORREO:</b>	<b>CELULAR:</b>	
<b>NOMBRE DE LA MADRE:</b>	<b>CORREO:</b>	<b>CELULAR:</b>	

comprometo a cumplir con el REGLAMENTO ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA CONALEP

ATENTAMENTE

C.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma (Alumn@)

C.

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





### 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)

YO \_\_\_\_\_ ALUMNO DEL COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, CON NÚMERO DE MATRÍCULA \_\_\_\_\_ DE LA CARRERA \_\_\_\_\_ P.T.B. \_\_\_\_\_ CON CLAVE \_\_\_\_\_ PROTESTO EN ESTE ACTO, CUMPLIR Y OBEDECER TODAS LAS NORMAS DEL PLANTEL EN EL QUE ME ENCUENTRO INSCRITO, Y REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL SISTEMA CONALEP VIGENTES, ASUMIENDO ASIMISMO TODAS LAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES QUE DE ELLOS EMANEN.

EN LA CIUDAD DE MÉXICO A LOS \_\_\_\_\_ DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO 2024

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

PADRES 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 DEL SISTEMA CONALEP, 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.





Unidad Especializada de Atención a Clientes de Thona Seguros:  
Avenida Insurgentes Sur 1228, Piso 7 Col. Tlacoquemécatl Del Valle,  
C.P. 03200, Alcaldía Benito Juárez, CDMX. Teléfono: 55 4433 8900  
Email: atencionclientes@thonaseguros.mx Horario: lunes a jueves  
de 9:00 a 18:00 horas y viernes de 9:00 a 15:00 horas

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL**  
**VIFLEX COLECTIVO**  
**Accidentes Personales Colectivo**

<b>NOMBRE DEL CONTRATANTE:</b> COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION PROFESIONAL TECNICA RFC CNE781229BK4		<b>RAMO:</b> MULTIRAMO	<b>SUBRAMO:</b> MULTIRAMO
<b>DOMICILIO DEL CONTRATANTE:</b> CALLE 16 DE SEPTIEMBRE 147 NORTE LAZARO CARDENAS, METEPEC, ESTADO DE MEXICO, CP 52148		<b>AGENTE:</b> 99	<b>PÓLIZA:</b> CEPT-026-03
		<b>AGRUPADOR:</b> 1053	<b>OFICINA:</b> MATRIZ <b>CONSECUTIVO:</b> 54342
		<b>IDCLIENTE:</b> 0007687529	<b>MONEDA:</b> M.N.
		<b>FORMA PAGO:</b> ANUAL	<b>DIAS VIGENCIA:</b> 305

PERIODO DE VIGENCIA				FECHA DE EMISION	PLAN: VIFLEX COLECTIVO Accidentes Personales Colectivo
DESDE	HRS.	HASTA	HRS.		
01/11/2023	00:00:01	31/08/2024	24:00	30/10/2023	

DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRE COMPLETO	FEC. NAC.	FECHA ALTA	EDAD	SEXO

**ACTIVIDAD PREPONDERANTE Y DETALLE DE LA MISMA:**

DETALLE DEL SEGURO	
COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte accidental	550,000.00
Pérdidas orgánicas escala B	550,000.00
Reembolso de Gastos médicos	225,000.00
Indemnización diaria	400.00
Gastos Funerarios (Por cualquier causa, es decir no opera exclusión alguna)	75,000.00
Anticipo de Gastos Funerarios	35% DE LA SUMA ASEGURADA PARA GASTOS FUNERARIOS.

ADVERTENCIA: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe de señalar a un mayor de edad, como representante de los menores para efectos de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de 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	BENEFICIARIO	PARENTESCO	% SUMA ASEGURADA

**IMPORTANTE: LEER ANTES DE FIRMAR** THONA Seguros S.A. de C.V., me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que la aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles asimismo manifiesto mi conformidad para que pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.

<b>FECHA</b>	<b>FIRMA DEL INTEGRANTE DEL GRUPO</b>	Usted puede consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza en las condiciones generales que le serán entregadas con su póliza o bien en la página <a href="http://www.thonaseguros.mx/conocenosproductos">www.thonaseguros.mx/conocenosproductos</a> o llamando al (55) 44338900
		CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur Colonia del Valle C.P. 03100, Ciudad de México Teléfonos: (55) 53400999 y (01800) 9998080 <a href="http://www.condusef.gob.mx/oficinas">www.condusef.gob.mx/oficinas</a>