



**F01**

**FOTO**

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**

MÓDULOS REPROBADOS: \_\_\_\_\_  
(LLENAR CON MAYÚSCULAS)

PLANTEL: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

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

PERÍODO 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:

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>)

ATENTAMENTE

C.

Nombre y Firma (Alumno)

Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

C.

Nombre y Firma  
de quien Recibe la solicitud de reinscripción



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



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

EL (LA) C. \_\_\_\_\_ ALUMNO (A)  
DEL COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA, CON NUMERO DE MATRICULA  
\_\_\_\_\_ DE LA CARRERA DE PROFESIONAL TECNICO 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 \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

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

Y

\_\_\_\_\_  
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

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

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



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



### 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