



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

MÓDULOS REPROBADOS: _____ (LLENAR CON MAYÚSCULAS)

FOTO

PLANTEL: **SANTA FE** FECHA _____ DE _____ DEL **2025**

CARRERA: **P.T.B. EN**

PERIODO ESCOLAR : PROMEDIO GRAL: _____

1.2526

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: **SI** ¿QUÉ INSTITUCIÓN? **IMSS**

DATOS GENERALES:

TIPO DE SANGRE: _____ ¿CUÁL?

NACIONALIDAD: _____ SEXO: _____

años

SOLTERO

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 **REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR** (LO PUEDES COSULTAR EN LA PÁGINA
(<https://cdmx.conalep.edu.mx/stafe/reglas-de-convivencia-escolar>)

ATENTAMENTE

C. _____

Nombre y Firma (Alumno)

Gloria López Ramírez
Jefe de Proyecto de Servicios Escolares

C. _____

Nombre y Firma
de quien Recibe la solicitud de reinscripción

