



**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN SEMESTRE: AGOSTO 2023 – ENERO 2024**

**DATOS DEL ALUMNO:**

NOMBRE:

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

| DATOS ESCOLARES:   |  |               |        |
|--------------------|--|---------------|--------|
| Semestre:          |  | Grupo:        | Turno: |
| Número de control: |  | Especialidad: |        |

| DATOS PERSONALES:     |                          |                      |  |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|--|
| CURP:                 |                          | Nacionalidad:        |  |
| Fecha de nacimiento:  | DÍA:      MES:      AÑO: | Lugar de nacimiento: |  |
| No. IMSS:             |                          | Teléfono de casa:    |  |
| Correo institucional: |                          | Celular del alumno:  |  |

**DIRECCIÓN DEL ALUMNO:**

|                 |  |          |  |
|-----------------|--|----------|--|
| Calle y Número: |  | Colonia: |  |
| Municipio:      |  | Estado:  |  |
| Código Postal:  |  |          |  |

**CONDICIÓN DEL ALUMNO:**

|  |  |
|--|--|
| En caso de emergencia, comunicarse con:            |  |
| Tipo de sangre:                                    |  |
| ¿Tiene alguna enfermedad crónica? (si-no) Cuál es? |  |
| ¿Tiene tratamiento médico? (si-no) Cuál es?        |  |
| ¿El alumno, padece convulsiones?                   |  |
| Alergias:  |  |

**DATOS DEL PADRE**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre del padre:    |  |
| Dirección:           |  |
| Teléfono de casa:    |  |
| Celular:             |  |
| Ocupación:           |  |
| Teléfono de trabajo: |  |

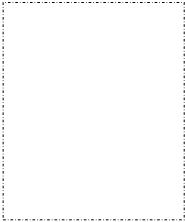
**DATOS DE LA MADRE**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre de la madre:  |  |
| Dirección:           |  |
| Teléfono de casa:    |  |
| Celular:             |  |
| Ocupación:           |  |
| Teléfono de trabajo: |  |

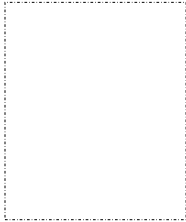
|   |  |
|---|--|
| <b>Persona autorizada en recibir documentos o información académica del alumno, distinta a padre o madre:</b> |  |
| Deberá identificarse con identificación oficial   |  |
| Nombre:   |  |
| Parentesco:   |  |
| Teléfono de casa:   |  |
| Celular:  |  |
| Ocupación:  |  |
| Teléfono de trabajo:  |  |

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos aquí asentados son verdaderos.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL**



**SELLO  
OFICINA  
ORIENTACIÓN EDUCATIVA**



**SELLO  
OFICINA  
CONTROL ESCOLAR**