

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN SEMESTRE: FEBRERO – JULIO 2025

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:	

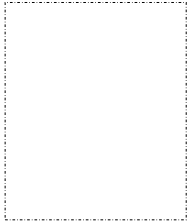
DATOS DE LA MADRE

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

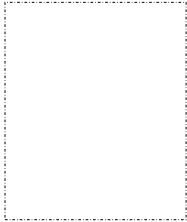
Persona autorizada en recibir documentos o información académica del alumno, distinta a padre o madre:	
Deberá identificarse con identificación oficial	
Nombre:	
Parentesco:	
Teléfono de casa:	
Celular:	
Ocupación:	
Teléfono de trabajo:	

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**