



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
SEMESTRE: AGOSTO 2025 – ENERO 2026

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 (en minúsculas):		Celular del alumno:

DIRECCIÓN DEL ALUMNO:		
Calle y Número:		Colonia:
Municipio:		Estado: Código Postal:

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

DATOS DEL PADRE	
Nombre del padre:	
Dirección:	
Teléfono de casa:	Celular:
Ocupación:	Teléfono de trabajo:

DATOS DE LA MADRE	
Nombre del padre:	
Dirección:	
Teléfono de casa:	Celular:
Ocupación:	Teléfono de trabajo:

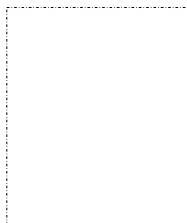




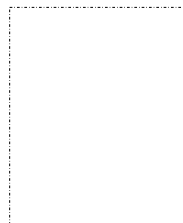
Persona autorizada en recibir documentos o información académica del alumno, DISTINTA a padre o madre: Deberá identificarse con identificación oficial	
Nombre:	
Parentesco:	
Teléfono de casa:	Celular:
Ocupación:	Teléfono de trabajo:

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL



OFICINA
ORIENTACIÓN EDUCATIVA



OFICINA
CONTROL ESCOLAR

A B C DE YO "NO ABANDONO"

ASISTENCIA

BUEN DESEMPEÑO

COMPORTAMIENTO

