



FOTO
RECIENTE
A COLOR

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

No. de Control: _____ Especialidad: _____ Grupo: **4TO**

DATOS PERSONALES

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha de Nacimiento: _____ CURP: _____ Edad: _____

Sexo: F M Domicilio Completo, (Calle, colonia, Delegación o Municipio): _____

C.P. _____ Teléfono casa: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ ¿Cuenta con Beca? Sí No

Servicio Médico con que cuenta: IMSS ISSSTE OTRO _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Domicilio completo: _____ C.P. _____

Teléfono: _____ No. Celular: _____ Domicilio del trabajo: _____

_____ C.P. _____

Teléfono del trabajo: _____

DATOS DE LA MADRE O TUTOR

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Domicilio completo: _____ C.P. _____

Teléfono: _____ No. Celular: _____ Domicilio del trabajo: _____

_____ C.P. _____

Teléfono del trabajo: _____

Nota: La falsificación de datos o documentos, así como no cumplir con los requisitos marcados por la normatividad, será motivo para la cancelación de la presente inscripción.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____ FIRMA DEL SOLICITANTE _____

Responsable Control Escolar: C. María Adela Galicia Olivas T.M.

NOTA: LA INSTITUCIÓN NO SE HACE RESPONSABLE POR PAGOS MAL APLICADOS



ESTE DOCUMENTO TIENE QUE SER ENTREGADO A CONTROL ESCOLAR PARA CONCLUIR LA REINSCRIPCIÓN