



FOTO  
RECIENTE  
A COLOR

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**

No. de Control: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Grupo 5to. \_\_\_\_\_

**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 RESPÓNSABLE POR PAGOS MAL APLICADOS**



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