



FOTO
RECIENTE
A COLOR

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN 2023

No. de Control: _____ Especialidad: _____ Grupo 6to. _____

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 ALUMNO _____

Responsable de la generación: **C ADELA GALICIA O. T.M.**

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



EST
T
E
D
O
C
U
M
E
N
T
O
T
I
E
N
E
Q
U
E
S
E
R
E
N
T
R
E
G
A
D
O
A
C
O
N
T
R
O
L
E
S
C
O
L
A
R
P
A
R
A
C
O
N
C
L
U
I
R
L
A
R
E
I
N
S
C
R
I
P
C
I
O
N