



## SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN SEMESTRE 2025 - 2

No. de Control: \_\_\_\_\_ Semestre: **CUARTO** Turno: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

[illegible]

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F ☐ M ☐ Domicilio Completo: \_\_\_\_\_

Calle, colonia, Delegación o Municipio

C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Cuenta con Beca? Sí ☐ No ☐

Servicio Médico con que cuenta: IMSS ☐ ISSSTE ☐ OTRO: \_\_\_\_\_

No. Clínica: \_\_\_\_\_ No. Filiación: \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ ¿Padece alguna enfermedad? SI ☐ NO ☐

¿Presenta alguna capacidad diferente? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Promedio del semestre anterior (aparece en tu historial): \_\_\_\_\_

¿Qué deporte te gustaría practicar? Elige 2 (Fútbol, basquetbol, voleibol, ajedrez)

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

¿A qué taller cultural te gustaría inscribirte? Elige 2 (Fotografía, dibujo, pintura, artesanía, canto tradicional, declamación, oratoria, creación literaria, teatro, danza, coro, video)

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_



Av. Paseo del Ferrocarril N° 99, Col. Los Reyes Iztacala Tlalnepantla de Baz, C.P 54090 Estado de Mexico  
Tel. 5553839693 correo [electroniccobtis227.dir@dgeti.sems.gob.mx](mailto:electroniccobtis227.dir@dgeti.sems.gob.mx); [www.dgeti.sep.gob.mx](http://www.dgeti.sep.gob.mx)



### DATOS DEL PADRE O TUTOR

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Domicilio completo: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_  
Domicilio del trabajo: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA MADRE O TUTOR

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Domicilio completo: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_  
Domicilio del trabajo: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**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, MADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO

Y FIRMA DEL ALUMNO \_\_\_\_\_

Responsable de la generación: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

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



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**