



FOTO
RECIENTE
A COLOR

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
SEMESTRE 2025 - 2**

No. de Control: _____ Semestre: **SEXTO** Turno: _____

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 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): _____

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



2026
año de
Margarita Maza



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

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