

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
OFICINA DE CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

PLANTEL: C.B.T.i.s. No. 65

CLAVE: 11DCT0366T

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

SEMESTRE DE INGRESO:

PERIODO ESCOLAR: FEBRERO - JULIO 2017

CARRERA: B.T. EN

GRUPO:

TURNO:

DATOS DEL SOLICITANTE



NOMBRE:

CURP:

SEXO:



FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

POBLACION

MUNICIPIO

ESTADO

TELÉFONO(S):

E-MAIL:

DOMICILIO:

CALLE/NUMERO

COLONIA

C.P.

POBLACIÓN:

MUNICIPIO:

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE:

PARENTESCO:

☐

PADRE

☐

MADRE

☐

OTRO (ESPECIFIQUE):

DOMICILIO:

CALLE/NUMERO

COLONIA

POBLACION

MUNICIPIO:

OCUPACION:

TELÉFONOS:

PARTICULAR:

TRABAJO:

CELULAR:

E-MAIL:

****ESPECIFICAR AL MENOS UN TELÉFONO DE CONTACTO DE FORMA OBLIGATORIA****

SECRETARIA:

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

AL FIRMAR LA PRESENTE SOLICITUD ALUMNO Y TUTOR LEGAL, MANIFESTAMOS QUE HEMOS LEIDO Y ACEPTAMOS EL REGLAMENTO INTERNO DEL PLANTEL, ASI MISMO DECLARAMOS CONOCER LAS NORMAS DE ACREDITACIÓN VIGENTES PARA ÉSTA GENERACIÓN, COMPROMETIENDONOS A CUMPLIR A CUMPLIR EL REGLAMENTO INTERNO DURANTE EL CICLO ESCOLAR ACTUAL EN ESTE PLANTEL EDUCATIVO.