

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

LEA CON ATENCIÓN LA SOLICITUD ANTES DE LLENARLA

GENERACIÓN: _____ SEMESTRE: _____ GRUPO: _____ TURNO: _____

ESPECIALIDAD: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOLO DEBE SER LLENADA POR LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR DEL C.B.T.I.S. 46.

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

- () FOTOGRAFÍA (EN DIGITAL FORMATO JPG, DE LA CARA DE FRENTE, EXPRESIÓN SERIA)
- () SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
- () COPIA DEL HISTORIAL ACADÉMICO FIRMADO DE RECIBIDO POR PADRE DE FAMILIA Y ALUMNO.

INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL SOLICITANTE:

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
DÍA MES AÑO

SEXO F () M () NACIONALIDAD: _____ CURP: _____ NSS: _____

TURNO CONSULTORIO: _____ CONSULTORIO No. _____

DOMICILIO DONDE RESIDIRÁ MIENTRAS ESTUDIA

CALLE _____ No. _____ COLONIA _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO O CELULAR _____ DEL SOLICITANTE

DOMICILIO PARTICULAR (DEL LUGAR DE DONDE PROVIENE, EN CASO DE SER FORÁNEO)

CALLE _____ No. _____ COLONIA _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO O CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DEL SEGURO ESCOLAR DE VIDA: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO: _____

II. DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL

NOMBRE _____ TELÉFONO(S): _____

TELÉFONO CELULAR: _____ OCUPACIÓN: _____ PUESTO: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

DOMICILIO DEL LUGAR DE TRABAJO:

CALLE _____ No. _____ COLONIA _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO O CELULAR _____

MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL: _____

FIRMA DEL ALUMNO: _____

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL: _____