



PEGAR
FOTO
RECIENTE

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
OFICINA DE CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE REINCRIPCIÓN

LEA CON ATENCIÓN LA SOLICITUD ANTES DE LLENARLA

SEMESTRE: _____ GRUPO: _____ TURNO: _____ ESPECIALIDAD: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOLO DEBE SER LLENADA POR PERSONAL DEL C.B.T.I.S. # 46.

() Acuerdo de Convivencia, () Carta de Conocimiento y aceptación, () Historial académico

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, SEGURO FACULTATIVO: _____ CONSULTORIO No. _____

DOMICILIO DONDE RESIDIRÁ MIENTRAS ESTUDIA

CALLE _____ No. _____ COLONIA _____
 CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO O CELULAR DEL SOLICITANTE _____

DOMICILIO EN CASO DE SER FORÁNEO:

CALLE _____ COLONIA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
 NUMERO DE TELEFONO: _____

II. DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL

NOMBRE _____ TELÉFONO FIJO: _____
 TELÉFONO CELULAR: _____ OCUPACIÓN: _____ PUESTO: _____
 NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____

DOMICILIO DEL LUGAR DE TRABAJO:

CALLE _____ COLONIA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
 NUMERO DE TELEFONO: _____

MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL: _____

FIRMA DEL ALUMNO: _____ FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____

***** FAVOR DE IMPRIMIR EN TAMAÑO OFICIO *****

