



Reinscripción de

Fecha de inscripción: _____

I. Datos personales

Nombre (*): _____

Domicilio (*): _____

C.P. (*): _____

Tel. Particular (*): _____

Celular (*): _____

e-mail (*): _____

Enfermedad (*): _____

En control (*): _____

¿Por quién? (*): _____

Padece alguna discapacidad (*): _____

Especifique (*): _____

Habla alguna lengua indígena (*): _____

¿Cuál? (*): _____

II. Situación Académica.

Número de Control (*): _____

Número de seguro (*): _____

Nombre de la carrera (*): _____

Especialidad (*): _____

Semestre (*): _____

Grupo (*): _____

Regular (*): _____

Irregular (*): _____

Asignatura que adeuda (*): _____

Semestre (*): _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

CONSCIENTE DEL COMPROMISO QUE COMO ALUMNO TENGO EXCLUSIVAMENTE PARA CON LA INSTITUCIÓN, ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LAS NORMAS Y REGLAMENTOS QUE RIGEN LA VIDA ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA DE LA ESCUELA, COMPROMETIÉNDOME A CONSERVAR Y ACRECENTAR EL BUEN PRESTIGIO QUE LA DISTINGUE, SIENDO UN ESTUDIANTE EJEMPLAR.

FIRMA DEL SOLICITANTE

REVISAR

AUTORIZAR

PERSONAL DE CONTROL ESCOLAR

RESPONSABLE DE CONTROL ESCOLAR