

FOTO

SELLO

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

PERIODO ESCOLAR 2019-1
AGOSTO 2019 - ENERO 2020

CURP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. CONTROL _____

ESPECIALIDAD: _____

GRUPO: _____

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____ Sexo F M
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
Día Mes Año

Domicilio calle: _____ Número: _____

Colonia: _____ Código Postal: _____

Ciudad: _____ Teléfono Casa: _____

Correo Electrónico del alumno: _____

DATOS DE LOS PADRES

PADRE: _____ Tel. Celular: _____
Ocupación: _____ Tel. Trabajo: _____

MADRE: _____ Tel. Celular: _____
Ocupación: _____ Tel. Trabajo: _____

DATOS DE SALUD

Peso: Estatura:

Padecimiento(s) actual(es): _____

Alergias: _____ Medicamentos: _____

Tratamiento: _____ Grupo sanguíneo: _____

Tipo de Servicio Médico: _____ No. de Afiliación: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR