

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
CICLO ESCOLAR 2019-2020
AGOSTO-ENERO**

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____
 (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombres)

SEXO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____

CURP: _____ **ESTADO CIVIL:** _____ **NACIONALIDAD:** _____

DIRECCIÓN: _____
 (Av.) (N° Interior) (N° Exterior) (Colonia) (C.P.) ®

TELÉFONOS CASA: _____ **CELULAR:** _____ **E-M AIL:** _____

EN CASO DE ACCIDENTEN LLAMAR A: _____
 (Nombre Completo) (Parentesco)

TELÉFONOS CASA: _____ **CELULAR:** _____ **TRABAJO:** _____

DATOS ACADÉMICOS

SEMESTRE AL QUE SE REINSCRIBE: _____ **GRUPO:** _____ **PROMEDIO:** _____

PROGRAMA EDUCATIVO: _____ **TURNO:** _____

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

DOCUMENTO:	ORIGINAL	COPIA
Solicitud de Reinscripción		
Kardex		
Certificado Médico (Expedido por el INDESAG)		
Recibo de pago de Reinscripción		

OBSERVACIONES:

1. La documentación original estará en revisión y estará resguardada en la Institución; si al realizar la revisión se detecta que presentó documentos falsos o alterados, dará lugar a la cancelación inmediata de la reinscripción e inhabilitará al infractor para volver a ingresar a cualquier programa educativo de la institución.
2. Verifique su pago; ya que ningún pago será reembolsable.
3. He leído y aceptado los términos del Reglamento Escolar vigente.

ATENDIDO POR

ASPIRANTE