



Ciclo de ingreso:	2024-2
Semestre:	
Grupo:	
Especialidad:	
TURNO:	

Ciudad de México, Iztapalapa \_\_\_\_de\_\_\_\_2025



Solicito la reinscripción de mi hijo (a) con el compromiso de estar al pendiente de su educación y así como cumplir en tiempo y forma tanto con los acuerdos de convivencia, como aquellos derivados de las juntas con autoridades del plantel. De no cumplir con las condiciones expuestas, acatare las medidas disciplinarias a las que me haga acreedor.

Expreso que los datos aquí suministrados son verídicos, y en mi calidad de tutor del alumno los expreso libremente con el fin de realizar la vinculación académica

**DATOS GENERALES DEL ALUMNO**

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRE				CURP							
DIA		MES		AÑO		PROMEDIO				CORREO ELECTRONICO ALUMNO				TELEFONO ALUMNO					
FEMENINO		MASCULINO		EDAD		LUGAR DE NACIMIENTO				NACIONALIDAD				* DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA					
TIPO DE SECUNDARIA				DIURNA				TECNICA				TELESECUNDARIA				OTRA			
CALLE Y NÚMERO				COLONIA				C.P.		ALCALDÍA O MUNICIPIO				CDMX		EDO.MEX			

**DATOS DE PADRE Y/O TUTORES**

NOMBRE PADRE				CORREO ELECTRONICO				TELEFONO				ESCOLARIDAD							
OCUPACIÓN																			
NOMBRE MADRE				CORREO ELECTRONICO				TELEFONO				ESCOLARIDAD				OCUPACIÓN			
FAMILIAR AUTORIZADO				PARENTESCO				TELEFONO DE CASA				TELEFONO PERSONAL				TELEFONO EMERGENCIA			

\* EN CASO DE DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: DIAGNÓSTICO MÉDICO ( ) OTRO ESPECIFIQUE :

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

