



**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
PERIODO ESCOLAR AGOSTO - ENERO 2022**

DATOS DEL ALUMNO (A)

No. de Control: _____ Grupo: _____ Especialidad: _____

Semestre a reinscribir: (3o.) (5o.) *Marca con una X*

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

CURP: _____

Domicilio: _____

Calle

Número

Colonia

Código Postal

Localidad

Municipio

No. Teléfono Fijo: _____

No. Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

No. De Seguridad Social: _____

DATOS DEL RESPONSABLE DEL ALUMNO (A)

Nombre del padre: _____

No. Teléfono fijo y/o Celular: _____

Nombre de la Madre: _____

No. Teléfono fijo y/o Celular: _____

Solo en caso de que el responsable del Alumno (a) sea una persona diferente al Padre o Madre, escribir los siguientes datos:

Nombre: _____

Parentesco: _____

No. Teléfono fijo y/o Celular: _____

Firma del Alumno (a)

Firma del Responsable

Control Escolar

Vo.Bo.

Calzada a San Felipe del Agua S/N, Ex. Hda., de Aguilera CP 68020 Oaxaca de Juárez, Oaxaca

Tel y Fax (951) 51 5 27 27

cbtis026.dir@dgeti.sems.gob.mx

www.cbtis26.edu.mx

