



COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE HIDALGO

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ESCOLAR

Titulo: **SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**

Sección o Área: DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN
Para ser llenado por el Alumno

1. El tiempo de reinscripción será registrado por el Responsable de Servicios Escolares.
2. El tiempo inicia en el momento en que el alumno **entrega la solicitud llena** para su revisión y autorización por control escolar.
3. El tiempo estimado para reinscripción no deberá **ser mayor a 25 minutos**.

TIEMPO DE REINSCRIPCIÓN

INICIO _____ Hr

TERMINÓ _____ Hr

I.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO: **COBAEH TOLCAYUCA** CLAVE: **13ECB0006P**

GRUPO: TURNO: _____ PERIODO ESCOLAR **1 8 A**

NOMBRE: _____
APELIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

No.DE CONTROL: SEXO: M F

CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO: _____

SEMESTRE AL QUE SE INSCRIBE: _____ EDAD:

ESTADO CIVIL: _____ TRABAJA: NO SI HORARIO DE TRABAJO: _____

ALUMNO: **REGULAR** **IRREGULAR** **CONVALIDACIÓN**

EN CASO DE SER IRREGULAR ANOTAR LAS ASIGNATURAS QUE ADEUDA DE LOS SEMESTRES ANTERIORES

1. _____
2. _____
3. _____

SELLO DE PAGADO, RÚBRICA DE QUIEN COBRÓ Y FOLIO DEL RECIBO

FIRMA DEL ALUMNO

LIC. V. CÉSAR JIMÉNEZ CEA
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIOS ESCOLARES

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

II.- DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE: _____

CALLE: _____ No. _____ COL. _____ COMUNIDAD. _____

MUNICIPIO. _____ EDO: _____ TEL: _____

PARENTESCO: _____ OCUPACION: _____

LUGAR DONDE PRESTA SUS SERVICIOS: _____ TEL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚM. DE TEL. DE LA MAMÁ: _____ **NÚM. DE TEL. DEL PAPÁ:** _____

CUMPLIDOS LOS REQUISITOS POR EL INTERESADO, QUEDA AUTORIZADA LA REINSCRIPCIÓN DEL ALUMNO EN EL SEMESTRE GRUPO Y TURNO QUE SE INDICAN A PARTIR DEL _____/_____/_____
Día Mes Año