

FICHA DE REINSCRIPCIÓN REINGRESOS FEBRERO - JULIO 2025

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

SEMESTRE: () 2DO () 6TO GRUPO: _____ (SERÁ ASIGNADO POR SERVICIOS ESCOLARES)

ESPECIALIDAD: () AGRÍCOLA () PECUARIO () ALIMENTOS () OFIMÁTICA () ADMINISTRACIÓN

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR: _____

NACIONALIDAD: _____ NIVEL DE ESTUDIOS : _____

EMPLEO: _____

PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDIGENA: NO/SI, A CUÁL: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO DE CASA: _____

TELÉFONO CELULAR DE PADRE, MADRE O TUTOR: _____

TELÉFONO CELULAR DEL ESTUDIANTE: _____

ANOTA TU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (IMSS): _____

¿CUÁL FUE TU PROMEDIO EN EL SEMESTRE PASADO? _____

El alumno presenta alguna capacidad diferente o requerimiento (visual, motriz, espectro autista, ansiedad, etc.) que pueda interferir con sus estudios SI() NO()

CUÁL: _____

El alumno presenta alguna condición médica que pueda interferir con sus estudios (alergias, cardiopatía, neurológico, enfermedades degenerativas, etc.) SI() NO()

CUÁL: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO O PSICOLÓGICO. Presentar documento sólo en caso de que el alumno presente alguna condición médica o psicológica, esto con la finalidad de brindar una mejor atención.

Al firmar el presente documento **NOS COMPROMETEMOS** a cumplir en su totalidad con el uniforme del plantel, con las obligaciones y sanciones que marca el reglamento, así como **AUTORIZO** al plantel a que realicen **REVISIÓN** de la mochila, pertenencias y carro (si fuera el caso) de mi hijo(a) o tutorado(a) como forma de prevención y a realizar el **EXAMEN ANTIDOPING** a mi hijo(a) y/o tutorado(a) si las autoridades del plantel lo consideran necesario, comprometiéndome a cubrir el costo del mismo.

Este documento deberá presentarse obligatoriamente en la oficina de control escolar en las fechas establecidas para inscripción y/o reinscripción, de lo contrario **CAUSARÁ BAJA** del plantel.

NO SE RECIBIRÁ NINGÚN TRÁMITE CON DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

NOMBRE Y FIRMA DE ALUMNO