|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plantel CONALEP** | **Fecha:** |  |  |  |
|  |  | (DÍA) | (MES) | (AÑO) |

**SOLICITUD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSCRIPCIÓN** | **REINSCRIPCIÓN** | **READMISIÓN** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MATRÍCULA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CARRERA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombre** |  |
| **Turno** | **M** | **V** | **Nacionalidad** | **MEXICANA** | **EXTRANJERA** | Forma FM-9 **(SI) (NO)** |
| **No. Afiliación** |  | **Institución** |  | **CLINICA** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **F** | **M** |
| CURP |  |  **D M A** FECHA NAC. |  | SEXO |

**Domicilio:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Calle | No. Exterior | No. Interior | Código Postal |
|  |  |  |
| Colonia | Municipio | Teléfono particular |
|  |  |  |
| Teléfono Celular | Correo electrónico institucional | Correo electrónico personal |
|  |  |  |  |  |
| No. de Dpnte. económicos | Alergia | Cardiopatía | Epilepsia | Discapacidad |
| **SI** | **NO** |  |  |  |  |
| Trabaja  | No. Afiliación  | Nombre de la Empresa donde Trabaja | Horario  | Teléfono del Trabajo |

|  |
| --- |
| **Datos Familiares** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre completo del Padre | **Nombre completo de la Madre** |
|  |  |
| Calle, No. Exterior, No. Interior | **Calle, No. Exterior, No. Interior** |
|  |  |
| Colonia, Municipio, Código Postal | **Colonia, Municipio, Código Postal** |
|  |  |
| Teléfono | **Teléfono** |
| **En caso de no tener teléfono, anota alguno donde podamos localizarle:** |

|  |
| --- |
| **Me comprometo a cumplir con el REGLAMENTO ESCOLAR** |
|  |  |
| Firma del Alumno | Firma del Padre, Madre o Tutor |

|  |
| --- |
| **Registro de la SOLICITUD en el Plantel realizado por:** |
|  |  |
|  |  |
| Nombre | Firma |