



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

SEM: _____ GPO: _____ ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

NUM. CTRL. _____ NSS: _____

CURP: _____ NUM. DE CEL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

DOMICILIO: _____

ANOTAR PADECIMIENTO MEDICO QUE PRESENTA: _____

NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR: _____

NUM. DE CEL O CASA: _____

DOMICILIO: _____

PARENTESCO: _____

NUM. TEL. ALTERNO: _____

PARENTESCO: _____

EN CASO DE CONTAR CON HERMANOS EN EL PLANTEL:

NOMBRE DEL HERMANO: _____

SEM: _____ GPO: _____ ESPECIALIDAD: _____

EL TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO PROPORCIONADO EN LA PRESENTE SOLICITUD SERÁN UTILIZADOS PARA LA VALIDACIÓN DE LA “BECA DE BIENESTAR BENITO JUÁREZ”, QUEDANDO BAJO SU RESPONSABILIDAD CONSERVAR LOS MISMOS, CON LA FINALIDAD DE EVITAR NO SER BENEFICIADO POR EL PROGRAMA SOCIAL DEL ESTADO, SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PLANTEL. ASIMISMO A TRAVÉS DE LA PRESENTE AUTORIZO AL CBTIS 231 EL USO DE LA IMAGEN Y/O INFORMACIÓN ACADÉMICA PARA REALIZAR DIFUSIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEO DE ACTIVIDADES ESCOLARES DE MI HIJO(A) O TUTORADO; Y ACATAR LOS ACUERDOS DE CONVIVENCIA VIGENTES.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

AREA DE CONTROL ESCOLAR

