

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN FEBRERO-JULIO 2018

MINATITLÁN, VER. A ____ DE _____ DEL 2018

DATOS DEL ALUMNO

| | | | |
|------------------|------------------|-----------|-------------|
| | | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S) | EDAD (años) |

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

| | | | |
|-----|-----|-----|--------------|
| / | / | | |
| AÑO | MES | DÍA | CALLE |
| | | | COLONIA |
| | | | CODIGO POST. |

| | | | | | | | |
|--------------|--|----------|--|-------|--|----------|--|
| ESPECIALIDAD | | SEMESTRE | | GRUPO | | TELÉFONO | |
| No. CONTROL | | | | | | | |

DATOS DEL PADRE y TUTORES QUIENES PODRÁN RECIBIR Y TRAMITAR INFORMACIÓN DEL ALUMNO ÚNICAMENTE

| NOMBRE | DOMICILIO | TELÉFONO TELMEX |
|--------|-----------|-----------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

| | | |
|---|---|---|
| INSTITUCIÓN QUE LE PROPORCIONA SERVICIO MÉDICO (marque con una X) o anote la institución médica | () IMSS () ISSSTE () PEMEX () SEGURO POPULAR () OTRO _____ | NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL NSS _____ |
| PRESENTA CAPACIDAD(ES) DIFERENTES | () SI () NO | SI PRESENTA ESPECIFIQUE |
| ESTATURA | Mts. | PESO Kg |
| PRESIÓN ARTERIAL / | | |
| SEGURO DE VIDA | | |
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO SEGURO DE VIDA | PARENTESCO | |

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE O TUTOR.

Firma del padre o tutor

Firma del alumno