



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
OFICINA DE CONTROL ESCOLAR**

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



PLANTEL: **C.B.T.i.s. No. 65**

CLAVE: **11DCT0366T**

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

SEMESTRE ACTUAL COMPONENTE
BASICO 1 ER. SEMESTRE

PERIODO ESCOLAR: **AGOS- ENE. 2025**

GRUPO:

TURNO:

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:
CURP: SEXO:
FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:
MUNICIPIO: ESTADO:
TELÉFONO(S): E-MAIL:

**PEGAR
FOTO**

DOMICILIO: CALLE/NÚMERO: COLONIA: C.P.:
POBLACIÓN: MUNICIPIO:

DATOS DEL PADRE Ó TUTOR

NOMBRE:
PARENTESCO: PADRE MADRE OTRO(ESPECIFIQUE)-->
DOMICILIO: CALLE/NÚMERO: COLONIA: POBLACIÓN:
MUNICIPIO: ESTADO: OCUPACIÓN:
TELÉFONO PARTICULAR: TRABAJO: CELULAR:
E-MAIL:

****ESPECIFICAR AL MENOS UN TELÉFONO DE CONTACTO DE FORMA OBLIGATORIA****

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA : _____

ESPECIFIQUE : _____

Nota: Es necesario acudir a la oficina de orientación educativa con la documentación médica del padecimiento que presente su hijo (a) para saber cómo ayudarlo en alguna situación de emergencia.

AUTORIZACIÓN PARA EL OPERATIVO MOCHILA: SI _____

NO: _____

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

AL FIRMAR LA PRESENTE SOLICITUD ALUMNO Y TUTOR LEGAL, ACEPTAMOS EL REGLAMENTO INTERNO Y DECLARAMOS CONOCER LAS NORMAS DE ACREDITACIÓN VIGENTES ASÍ MISMOS COMPROMETIÉndonOS A DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES QUE ASIGNE LA INSTITUCIÓN.