



DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA
SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
PROGRAMA DE SIMPLIFICACIÓN EDUCATIVA ESCOLAR
CICLO ESCOLAR 2024- 2025



FECHA:

NOMBRE DE LA ESCUELA: TURNO:
 CLAVE DE C.C.T SECTOR ZONA REGIÓN:
 DIRECCIÓN: TELEFONO:

DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

SEXO: FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO (EDO.) C.U.R.P.

CORREO: CASA:
 DOMICILIO: CALLE/No. COLONIA MUNICIPIO TELÉFONO:
 CEL:

RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE

	NOMBRE (S)	PROFESIÓN/OCUPACIÓN
PADRE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	LABORA EN:	TELÉFONO TRABAJO:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NOMBRE (S)	PROFESIÓN/OCUPACIÓN
MADRE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	LABORA EN:	TELÉFONO TRABAJO:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NOMBRE (S)	PROFESIÓN/OCUPACIÓN
TUTOR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	LABORA EN:	TELÉFONO TRABAJO:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIENE SERVICIO MEDICO: INSTITUCIÓN:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: PERTENECE A USAER

NOMBRE: TELEFONO:

BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD MANIFESTAMOS QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON CIERTOS Y SABEDORES DE LAS SANCIONES LEGALES EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES, Y DE CAER EN ESE SUPUESTO, ACATAREMOS LO QUE AL EFECTO DETERMINEN LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES.

PADRE O TUTOR

MADRE O TUTORA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA