



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 5TO SEMESTRE (SEPTIEMBRE 2026 – ENERO 2027)

DATOS DEL SOLICITANTE

NO. SEGURO SOCIAL: _____

CURP: _____

NOMBRE COMPLETO (iniciando por apellido): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

NACIONALIDAD: _____ TEL DEL ALUMNO: _____

DOMICILIO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

ESPECIFIQUE SI EL ALUMNO TIENE ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA (DIABETES, HIPERTENSION, EPILEPSIA, ETC.): _____

ESPECIFIQUE SI EL ALUMNO TIENE DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD COMO DEBILIDAD VISUAL, AUDITIVA, DISMIUCION DE LA MOVILIDAD, NEURODIVERGENCIA, ETC.): _____

FIRMA DEL ALUMNO (A): _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE: _____

TELEFONO CELULAR: _____ TELEFONO CASA _____

OCUPACION: _____ E-MAIL: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____

DATOS DE MADRE O TUTOR

NOMBRE: _____

TELEFONO CELULAR: _____ TELEFONO CASA _____

OCUPACION: _____ E-MAIL: _____

FIRMA DE MADRE O TUTOR: _____

DATOS DE PERSONA AUTORIZADA PARA ATENDER EMERGENCIAS

NOMBRE: _____

TELEFONO CELULAR: _____ TELEFONO CASA _____

OCUPACION: _____ E-MAIL: _____

FIRMA DE MADRE O TUTOR: _____

LUGAR: _____ FECHA: _____