

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Fecha: _____
Ciclo Escolar: _____
No. de Cuatrimestre a Cursar: _____
Grupo: _____
No. de Matrícula: _____

Programa académico:
 Ingeniería Automotriz
 Ingeniería en Energía
 Ingeniería en Software
 Ingeniería en Tecnologías de Manufactura
 Licenciatura en Terapia Física

2. Datos Personales

CURP: _____		
FOTOGRAFÍA	Apellido paterno: _____	Edad: _____ años
	Apellido materno: _____	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	Nombre(s): _____	Trabaja: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): _____	Nombre y domicilio del trabajo: _____
	Lugar de nacimiento (Localidad, Municipio y Estado): _____	Horario: _____
Domicilio (Calle y número): _____		Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Colonia: _____	Código Postal: _____	Otro: _____
Localidad, Municipio y Estado: _____		¿Tiene hijos? _____, ¿Cuántos? _____
Teléfono de domicilio: _____	En caso de urgencia avisar a: _____	
Teléfono celular: _____	Teléfono: _____	
Correo electrónico: _____	Alérgico a: _____	
Facebook: _____	Mencione si tiene alguna discapacidad: _____	
	Mencione si pertenece a algún grupo étnico: _____	
	Grupo sanguíneo: _____	

3. Firmas (Soló tinta azul)

Profesor(a) de Tiempo Completo	Observaciones:
Biblioteca	
Enfermería	
Departamento de Servicios Escolares	Alumno (a)