



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN, REINSCRIPCIÓN Y ACATAMIENTO DE REGLAMENTOS

PERIODO ESCOLAR: FEBRERO - JULIO 2023

DATOS DE LA CARRERA, SEMESTRE Y GRUPO AL QUE SOLICITA INSCRIBIRSE O REINSCRIBIRSE

Turno matutino:	Semestre:	Grupo:	Turno vespertino:	Semestre:	Grupo:
<input type="checkbox"/> Laboratorista Clínico	<input type="checkbox"/>]2, <input type="checkbox"/>]4, <input type="checkbox"/>]6	<input type="checkbox"/>]A, <input type="checkbox"/>]B	<input type="checkbox"/> Administración de R. H.	<input type="checkbox"/>]2, <input type="checkbox"/>]4, <input type="checkbox"/>]6	<input type="checkbox"/>]F
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/>]2, <input type="checkbox"/>]4, <input type="checkbox"/>]6	<input type="checkbox"/>]C	<input type="checkbox"/> Mecatrónica	<input type="checkbox"/>]2, <input type="checkbox"/>]4, <input type="checkbox"/>]6	<input type="checkbox"/>]G
<input type="checkbox"/> Administración de R. H.	<input type="checkbox"/>]2, <input type="checkbox"/>]4, <input type="checkbox"/>]6	<input type="checkbox"/>]D, <input type="checkbox"/>]E	<input type="checkbox"/> Mant. Automotriz.	<input type="checkbox"/>]2, <input type="checkbox"/>]4, <input type="checkbox"/>]6	<input type="checkbox"/>]H
			<input type="checkbox"/> Laboratorista Clínico	<input type="checkbox"/>]2, <input type="checkbox"/>]4, <input type="checkbox"/>]6	<input type="checkbox"/>]J

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	Género: <input type="checkbox"/> M, <input type="checkbox"/> F	Foto del estudiante
Domicilio (calle, número, colonia, código postal):				
Ciudad:	Municipio:	Estado:		
Teléfono celular:	Teléfono fijo (de casa):	Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Propia, <input type="checkbox"/> Rentada, <input type="checkbox"/> Otra		
CURP:	No. de seguridad social:	Tipo sanguíneo:		
Correo electrónico: (Actualizado y en uso. Se utilizara para comunicarse con el alumno y el registro de las becas Benito Juárez)				Enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No
Descripción breve de la enfermedad crónica y tratamiento:				

DATOS DEL PADRE, MADRE Y/O TUTOR: Padre Madre Tutor (parentesco):

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	Género: <input type="checkbox"/> M, <input type="checkbox"/> F	Foto del padre, madre y/o tutor
Domicilio (calle, número, colonia, código postal):				
Ciudad:	Municipio:	Estado:		
Teléfono celular:	Teléfono fijo (de casa):	CURP:		
Correo electrónico			Tipo sanguíneo:	

Bajo protesta de decir verdad, el estudiante y el padre de familia o tutor que suscriben esta solicitud, se comprometen a aceptar los acuerdos, circulares y reglamentos vigentes de control escolar y el Reglamento Interno del CBTis 233 "Narciso Mendoza"; disponibles en la página WEB del plantel. El padre de familia o tutor, se compromete a ser el responsable moral, física y económicamente del su hijo o tutorado, y a asistir a las reuniones de padres de familia que convoque el Comité Escolar de Administración Participativa (CEAP) y la dirección del plantel, y a acatar los acuerdos que se tomen en éstas. **EL TUTOR Y EL ESTUDIANTE SE COMPROMETEN A RESPETAR Y CUMPLIR, LAS DISPOSICIONES SANITARIAS EMITIDAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD Y LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y PROPAGACIÓN DEL COVID-19**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a de de 2023

Día

Mes

Año

Nombre y firma del estudiante	Nombre y firma del padre, madre y/o tutor	Vo. Bo. Servicios Escolares
-------------------------------	---	-----------------------------