



**DGB**  
Dirección General  
de Bachillerato



ESCUELA DE BACHILLERES  
ARTÍCULO TERCERO  
CONSTITUCIONAL  
VESPERTINA  
30EBH0077V

DIRECCIÓN GENERAL DE BACHILLERATO  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN  
A BACHILLERATO**

|                                            |  |              |     |                        |           |
|--------------------------------------------|--|--------------|-----|------------------------|-----------|
| <b>ESCUELA</b>                             |  |              |     | <b>CLAVE</b>           |           |
| ARTÍCULO TERCERO CONSTITUCIONAL VESPERTINA |  |              |     | 30EBH0077V             |           |
| <b>LOCALIDAD</b>                           |  | <b>NIVEL</b> |     | <b>TURNO</b>           |           |
| XALAPA                                     |  | BACHILLERATO |     | VESPERTINO             |           |
| <b>MODALIDAD</b>                           |  | <b>FECHA</b> |     | <b>PERIODO ESCOLAR</b> |           |
| ESCOLARIZADA                               |  | DÍA          | MES | AÑO                    | 2025-2026 |
|                                            |  |              |     | 2025                   |           |

DATOS DEL SOLICITANTE

|                         |  |                            |  |                            |     |                          |   |                       |
|-------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|-----|--------------------------|---|-----------------------|
| <b>APELLIDO PATERNO</b> |  | <b>APELLIDO MATERNO</b>    |  | <b>NOMBRE (S)</b>          |     |                          |   |                       |
|                         |  |                            |  |                            |     |                          |   |                       |
| <b>CURP</b>             |  | <b>LUGAR DE NACIMIENTO</b> |  | <b>FECHA DE NACIMIENTO</b> |     | <b>SEXO</b>              |   | <b>TIPO SANGRE</b>    |
|                         |  |                            |  | DÍA                        | MES | AÑO                      | H |                       |
|                         |  |                            |  |                            |     |                          |   |                       |
| <b>DOMICILIO</b>        |  | <b>COLONIA</b>             |  | <b>LOCALIDAD</b>           |     | <b>MUNICIPIO</b>         |   |                       |
|                         |  |                            |  |                            |     |                          |   |                       |
| <b>CÓDIGO POSTAL</b>    |  | <b>TEL. CASA</b>           |  | <b>TELÉFONO CEL.</b>       |     | <b>CORREO-E PERSONAL</b> |   | <b>LENGUA MATERNA</b> |
|                         |  |                            |  |                            |     |                          |   |                       |

DATOS ESCOLARES

|                                                                                                                                                 |  |                              |                       |                       |                       |                       |                       |                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>ESCUELA SECUNDARIA DE EGRESO</b>                                                                                                             |  |                              |                       |                       |                       | <b>PROMEDIO</b>       |                       | <b>TURNO</b>                               |                                              |
|                                                                                                                                                 |  |                              |                       |                       |                       |                       |                       | MAT                                        | VESP                                         |
|                                                                                                                                                 |  |                              |                       |                       |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     |
| <b>TIPO DE SECUNDARIA:</b> GENERAL <input type="checkbox"/> TÉCNICA <input type="checkbox"/> TELESECUNDARIA <input type="checkbox"/> OTRA _____ |  |                              |                       |                       |                       |                       |                       |                                            |                                              |
| <b>NIVEL QUE CURSARÁ</b>                                                                                                                        |  | <b>SEMESTRE</b>              |                       |                       |                       | <b>TIPO DE ALUMNO</b> |                       |                                            |                                              |
| BACHILLERATO                                                                                                                                    |  | 1°                           | 2°                    | 3°                    | 4°                    | 5°                    | 6°                    | REGULAR<br>(SIN ASIGNATURAS<br>REPROBADAS) | IRREGULAR<br>(CON ASIGNATURAS<br>REPROBADAS) |
|                                                                                                                                                 |  | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>                     |
| <b>ÁREA PROPEDÉUTICA (PARA 5° Y 6°)</b>                                                                                                         |  |                              |                       |                       |                       |                       |                       |                                            |                                              |
| Humanidades<br>y Ciencias Sociales                                                                                                              |  | Económico-<br>Administrativa |                       | Químico-Biológica     |                       | Físico-Matemática     |                       |                                            |                                              |
| <input type="radio"/>                                                                                                                           |  | <input type="radio"/>        |                       | <input type="radio"/> |                       | <input type="radio"/> |                       |                                            |                                              |

DATOS DEL PADRE O TUTOR

|                                       |  |                          |  |                       |  |                               |                          |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------|--|-------------------------------|--------------------------|
| <b>NOMBRE DEL PADRE-MADRE O TUTOR</b> |  | <b>PARENTESCO</b>        |  | <b>CURP</b>           |  | <b>EDO. CIVIL</b>             |                          |
|                                       |  |                          |  |                       |  |                               |                          |
| <b>DOMICILIO</b>                      |  | <b>COLONIA</b>           |  | <b>LOCALIDAD</b>      |  | <b>MUNICIPIO</b>              |                          |
|                                       |  |                          |  |                       |  |                               |                          |
| <b>CÓDIGO POSTAL</b>                  |  | <b>TEL. CASA</b>         |  | <b>TELÉFONO CEL.</b>  |  | <b>¿SABE LEER Y ESCRIBIR?</b> |                          |
|                                       |  |                          |  |                       |  | SI                            | NO                       |
|                                       |  |                          |  |                       |  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| <b>OCUPACIÓN</b>                      |  | <b>NIVEL DE ESTUDIOS</b> |  | <b>LENGUA MATERNA</b> |  |                               |                          |
|                                       |  |                          |  |                       |  |                               |                          |

DATOS DE SALUD DEL ALUMNO

|                                          |                          |                                                                               |                    |                                                                                                |  |
|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>        |                          | <b>INSTITUCIÓN DE SERVICIO DE SALUD<br/>(IMSS, ISSSTE, MILITAR, UV, OTRO)</b> |                    | Si no cuenta con servicio de salud<br>¿Desea que se asegure por el IMSS, a través del plantel? |  |
|                                          |                          |                                                                               |                    | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                        |  |
| <b>Respuesta</b>                         | <b>Si</b>                | <b>No</b>                                                                     | Peso: _____ kg     |                                                                                                |  |
| ¿Usa lentes?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                      | Estatura: _____ cm |                                                                                                |  |
| ¿Usa aparato auditivo?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                      |                    |                                                                                                |  |
| ¿Usa silla de ruedas?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                      |                    |                                                                                                |  |
| ¿Tiene algún tipo de adicción?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                      | ¿Cuál?             |                                                                                                |  |
| ¿Tiene algún tipo de tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                      | ¿Cuál?             |                                                                                                |  |
| ¿Es alérgico a algo?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                      | ¿A qué?            |                                                                                                |  |
| ¿Tiene alguna discapacidad?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                      | ¿Cuál?             |                                                                                                |  |

|                          |                                      |                                     |
|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL ALUMNO</b> | <b>FIRMA DEL PADRE-MADRE O TUTOR</b> | <b>FIRMA DE SECRETARÍA DE GRUPO</b> |
|                          |                                      |                                     |