



DIRECCIÓN GENERAL DE BACHILLERATO
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
A BACHILLERATO

ESCUELA			CLAVE		
ARTÍCULO TERCERO CONSTITUCIONAL VESPERTINA			30EBH0077V		
LOCALIDAD		NIVEL		TURNO	
XALAPA		BACHILLERATO		VESPERTINO	
MODALIDAD			FECHA		
ESCOLARIZADA			DÍA	MES	AÑO
					2024
			2024-2024		

DATOS DEL SOLICITANTE

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

DATOS ESCOLARES

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

DATOS DEL PADRE O TUTOR

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

DATOS DE SALUD DEL ALUMNO

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

NOMBRE DEL ALUMNO	FIRMA DEL PADRE-MADRE O TUTOR	FIRMA DE SECRETARIA DE GRUPO