



Formato: De Reinscripción

Código: 15-528-PO-03-F07

Revisión: 09

Fecha de aprobación 09/07/18

Página 1 de 3

Plantel: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de Servicios Educativos

Periodo Escolar: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Soc.: \_\_\_\_\_

Datos Generales

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Año Mes Día

Calle y número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Municipio / Delegación: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_ Trabaja: Si ( ) No ( )

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Recados: \_\_\_\_\_

Lada

Pertenece a alguna etnia Si ( ) No ( )

Habla alguna lengua indígena Si ( ) No ( )

Cual: \_\_\_\_\_

Tiene alguna discapacidad Si ( ) No ( )

Cual: \_\_\_\_\_

(Solo para reinscripciones a partir del 4° semestre)

Servicio Social:

Sin tramitar ( ) En trámite ( ) Concluido ( )

Fecha de registro e inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

(Solo para reinscripciones a partir del 5° semestre)

Prácticas Profesionales:

Sin tramitar ( ) En trámite ( ) Concluido ( )

Fecha de registro e inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Aceptación de reglamento y lineamientos:

Dirección electrónica del REGLAMENTO ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA CONALEP:

<http://www.conalep.edu.mx/gobmx/normateca/Paginas/Servicios/14-A-FIRMADA-DG-04-270918-REGLAMESC-.pdf>

Lineamientos para el Acceso de los Alumnos a los Planteles del CONALEP Estado de México. (Portal del Colegio Estatal,

[http://www.conalepmex.edu.mx/pdf/reglamentos/accesoA\\_lineamientos.pdf](http://www.conalepmex.edu.mx/pdf/reglamentos/accesoA_lineamientos.pdf)

Hacemos de su conocimiento que en algunos Planteles además de los documentos normativos mencionados, existe el reglamento interno, mismo que se dará a conocer al momento del trámite de reinscripción.

Documentos que nos comprometemos a leer, cumplir y respetar las disposiciones que se señalan, de no ser así, aceptamos la o la(s) sanción(es) que sean impuesta(s) por la autoridad del Plantel. Así mismo nos responsabilizamos que la Documentación presentada y entregada al Plantel adscrito del CONALEP Estado de México, es de validez oficial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Alumno

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Padre o Tutor

AVISO DE PRIVACIDAD:

El Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de México utilizará sus datos personales aquí recabados para el trámite o servicio a que se refiere el presente documento. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer,

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Masterweb del Sistema CONALEP serán considerados como COPIA NO CONTROLADA, por lo que el usuario deberá asegurarse que el documento que consulta es vigente".



Formato: De Reinscripción

Código: 15-528-PO-03-F07

Revisión: 09

Fecha de aprobación 09/07/18

Página 2 de 3

usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de: <http://www.conalepmex.edu.mx/contacto/aviso-de-privacidad.html>

**En caso de emergencia**

Autorizo a las siguientes personas para acompañar al alumno que deba retirarse del Plantel o de las Instituciones de salud en que se hubiere atendido:

Representante 1, comunicarse con: \_\_\_\_\_ al teléfono: \_\_\_\_\_

Representante 2, comunicarse con: \_\_\_\_\_ al teléfono: \_\_\_\_\_

El alumno padece alguna enfermedad o alergia: Si ( ) No ( ) ¿Cuál?

Institución a la que esta afiliado(a): \_\_\_\_\_

**Llenar solo en caso de módulos a recurrar**

Módulos a recurrar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**llenar solo si el alumno tiene algún tipo de Beca.**

Describir el nombre de la Beca de la que es beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sello

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la  
Reinscripción

Expediente del alumno

Para uso exclusivo de Servicios Educativos



Formato: De Reinscripción

Código: 15-528-PO-03-F07

Revisión: 09

Fecha de aprobación 09/07/18

Página 3 de 3

### COMPROBANTE DE REINSCRIPCIÓN

Plantel: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Periodo Escolar: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Plan de Estudios: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Foto

Sello

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la Reinscripción

#### Aceptación de reglamento y lineamientos:

Dirección electrónica del REGLAMENTO ESCOLAR PARA ALUMNOS DEL SISTEMA CONALEP:

<http://www.conalep.edu.mx/gobmx/normateca/Paginas/Servicios/14-A-FIRMADA-DG-04-270918-REGLAMESC-.pdf>

Lineamientos para el Acceso de los Alumnos a los Planteles del CONALEP Estado de México. (Portal del Colegio Estatal, [http://www.conalepmex.edu.mx/pdf/reglamentos/accesoA\\_lineamientos.pdf](http://www.conalepmex.edu.mx/pdf/reglamentos/accesoA_lineamientos.pdf))

Hacemos de su conocimiento que en algunos Planteles además de los documentos normativos mencionados, existe el reglamento interno, mismo que se dará a conocer al momento del trámite de reinscripción.

Documentos que nos comprometemos a leer, cumplir y respetar las disposiciones que se señalan, de no ser así, aceptamos la o las sanción(es) que sean impuesta(s) por la autoridad del Plantel. Así mismo nos responsabilizamos que la Documentación presentada y entregada al Plantel adscrito del CONALEP Estado de México, es de validez oficial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Alumno

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Padre o Tutor

#### AVISO DE PRIVACIDAD:

El Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de México utilizará sus datos personales aquí recabados para el trámite o servicio a que se refiere el presente documento. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad completo a través de:

<http://www.conalepmex.edu.mx/contacto/aviso-de-privacidad.html>

Para el alumno

<p><b>Autorización del uso de Whtasapp por grupo, para una comunicación directa de índole académico.</b></p>	<p>Nombre del alumno: _____</p> <p style="text-align: center;">Autoriza</p> <p style="text-align: center;">(SI) (NO)</p>
<p>Nombre del padre madre o tutor</p>	
<p>Número telefónico a registrar</p>	
<p>Nombre y Teléfono del alumno</p>	

<b>OPERACIÓN MOCHILA</b>	
<p>El Plantel cuenta con áreas especializadas y actividades para la atención socioemocional, conductual y académica, para las cuales solicitamos su autorización para que su hijo (a) sea atendido durante su formación de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutorías: quien se encarga de acompañamiento académico y de asistencia.</li> <li>• Orientación Educativa: quien se encarga del acompañamiento socioemocional y conductual.</li> <li>• Operación Mochila: busca salvaguardar la integridad de los estudiantes dentro del Plantel, por lo cual esta actividad se llevará acabo de manera espontánea para no alertar a los alumnos y se cumpla con el objetivo.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Autoriza</p> <p style="text-align: center;">(SI) (NO)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Nombre y firma</p>

Señores Padres de Familia:

Hago de su conocimiento que en el Reglamento Escolar para Alumnos del Sistema Conalep en el capítulo VI de la **afiliación del IMSS, artículo 56** que a la letra dice: el alumno mayor de edad o quien ejerza la patria potestad en caso de ser menor de edad, deberá firmar una carta responsiva al momento de su inscripción, bajo protesta de decir verdad, que no cuenta con la misma o similar protección de alguna institución de seguridad social. Por lo que solicito la afiliación de mi hijo (a) de nombre \_\_\_\_\_, con número de matrícula; \_\_\_\_\_ al IMSS.

Yo \_\_\_\_\_ Tutor o Tutora del alumno \_\_\_\_\_, con número de matrícula \_\_\_\_\_, me hago responsable de la seguridad social de mi hijo (a), quien se queda con el número de seguridad social con el que yo lo tengo afiliado y el cual es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Tutor o Tutora responsable de la Seguridad Social