



COLEGIO DE BACHILLERES
DEL ESTADO DE OAXACA

DIRECCIÓN ACADÉMICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS
DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR
UNIDAD DE REGISTRO Y SERVICIOS ESCOLARES

FECHA: _____
PLANTEL: _____

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

C. _____
DIRECTOR(A) DEL PLANTEL

El (la) suscrito (a) _____
con número de control _____ del _____ semestre, grupo _____,
Período escolar _____, solicito reinscripción para ser estudiante (Regular o Irregular) en el _____
semestre del período escolar _____, eligiendo el Componente de Formación para el Trabajo (CFT) _____
_____ y el Componente de Formación Propedéutica (CFP) _____.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Domicilio actual _____
Calle No. Colonia Población

Correo electrónico del estudiante _____.

(EN CASO DE CAMBIAR DE RESPONSABLE ANOTAR LOS SIGUIENTES DATOS)

Nombre del Responsable: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Firma: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS

Asignaturas no promovidas	Semestre	Período	Catedrático que impartió la asignatura
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Acepto el turno y horario asignado, si por razones de cupo no puedo reinscribirme al solicitado, asimismo, me comprometo a observar y cumplir con las normas disciplinarias establecidas en el Colegio.

Como complemento de mi reinscripción, manifiesto no tener adeudos con el Colegio según lo constan las siguientes firmas:

Resp. de Biblioteca	Resp. de Lab. de Informática	Resp. de Des. Humano
_____	_____	_____
Resp. de Orient. Educ.	Prefectura	Resp. de Urse (Grupos)
_____	_____	_____
Otro		

Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, a _____ de _____ de _____.

RESPETUOSAMENTE

Nombre y firma del(a) estudiante

Av. Universidad No. 145, Ex Hacienda Candiani
Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca C.P. 71233

(951) 501 51 60

direccion.general@cobao.edu.mx

