Telebachillerato Comunitario del Estado de Oaxaca
Departamento de Servicios Escolares

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Fecha: _____/_____/_____ TBC: _____
Día Mes Año Número Localidad

Alumno: _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombres(s)

INFORMACIÓN ACADÉMICA			
CURP		No. de control	Último Semestre Cursado	Promedio
¿Adeuda asignaturas o módulos?		¿Cuál o cuáles?		
SI	**NO**			
Semestre a reingresar	Periodo del Semestre a reingresar (marcar con una **X**)		Año
	Agosto - Diciembre	Enero - Julio	

ACTUALIZACIÓN DE DATOS	
Domicilio	
Correo Electrónico	Número Telefónico
Nombre del Responsable o Tutor	Ocupación
Domicilio	Número Telefónico

"Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada es verdadera y me comprometo a respetar el Reglamento Escolar del cual se me ha informado de manera adecuada".	
_____ Firma del Alumno	_____ Nombre y firma del Responsable o Tutor

www.oaxaca.gob.mx

Linderos 8 Fraccionamiento "Valle Esmeralda"
Oaxaca de Juárez, Oaxaca C.P. 68125
Tel. Conmutador **01(951) 446-16-66**