



SER, SABER HACER

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSO 2026-2027

CLAVE C.T. Kinder – Prepri 15PJN1440R, CLAVE C.T. Primaria 15PPR0852B, CLAVE C.T. Secundaria 15PESO553X

DATOS DEL ALUMNO:

Matrícula _____ (la matrícula podrá localizarla en su recibo de pago, lado superior izquierdo, alumnos de nuevo ingreso dejar en blanco).

_____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre

Sección: (marcar con una cruz):

☐ 01 Kinder ☐ 02 Preprimaria ☐ 03 Primaria ☐ 04 Secundaria

Grado: _____ (poner grado al que va a pasar).

Dirección: _____
Calle y número Colonia o Fracc.

_____ Código Postal _____ Delegación o Municipio _____ Estado _____ Entre que calles

Teléfono: _____ **Lugar de Nacimiento:** _____

Nacionalidad: _____ **Sexo:** _____ **Tipo Sangre:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ (día / mes / año) **CURP** _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR: (este será el nombre que aparecerá en la boleta. Si desea que en la boleta aparezca el nombre de la mamá o de otra persona, favor de llenar esta información e indicar parentesco).

Nombre: _____

Nacionalidad: _____ **R.F.C. con homoclave** _____ **Profesión:** _____

Empresa donde Trabaja: _____ **Cargo:** _____

Teléfono Casa: _____ **Teléfono Oficina:** _____

Celular: _____ **CURP** _____ **Mail para factura:** _____

R.F.C Factura (anexar Situación Fiscal): _____

DATOS DE LA MADRE: (si hizo algún cambio en datos del padre favor de dar información de otro familiar ó dejar en blanco.)

Nombre: _____

Nacionalidad: _____ **R.F.C. con homoclave** _____ **Profesión:** _____

Empresa donde Trabaja: _____ **Cargo:** _____

Teléfono Casa: _____ **Teléfono Oficina:** _____

Celular: _____ **CURP** _____ **Correo Electrónico:** _____

***DATOS MÉDICOS:**

Nombre del Médico/Pediatra: _____

Teléfono: _____ Hospital/Dirección: _____

Enfermedades: _____ Alergias: _____

Recibe Tratamiento Especial: SI _____ NO _____ Especifique _____
Sigue Alguna Terapia: SI _____ NO _____ Especifique _____

***TELÉFONOS DE OTROS FAMILIARES EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***PLAN DE PAGOS** (marcar con una cruz):

☐ 11 meses
(11 pagos iguales) ☐ 1 pago anual

***REGLAMENTO INTERNO Y AVISO DE PRIVACIDAD** (favor de solicitar el envío del Reglamento en su dirección y revisar el Aviso de Privacidad en nuestra página www.colegioreinaelizabeth.com.mx).

Declaramos estar de acuerdo con el presente Reglamento y Aviso de Privacidad y de colaborar con oportunidad con lo necesario para la consecución de los fines que persigue el Colegio. Cabe señalar que los alumnos de Secundaria cuentan con un Reglamento adicional que se les entregará al inicio del curso.

***Nombre y Firma de Enterados** (La firma de uno de los padres implica que ambos aceptan el contenido del Reglamento y Aviso De Privacidad).

Firma Padre o Tutor

Firma Madre

Nombre del Padre o Tutor

Nombre de la Madre

*FECHA: _____

***Autorización de Inscripción / re-inscripción por parte del Director de la Sección** _____

Esta solicitud deberá ser entregada en caja (previamente firmada por uno de los padres y el Director de la Sección autorizando su reinscripción). Favor de anexar su DEPÓSITO de Inscripción y copia del CURP, del alumno y ambos padres, así como copia de INE de los padres, comprobante de domicilio actual, en caso de facturar /Situación Fiscal actualizada/. En agosto recibirá el nuevo contrato, favor de imprimirlo y traerlo debidamente llenado y firmado en cada hoja al calce. Gracias.

Si son alumnos de **nuevo ingreso** además de lo anterior, favor de anexar Carta de no Adeudo del Colegio de Procedencia, Acta de Nacimiento, Boleta a la fecha (puede ser boleta interna del Colegio de procedencia) y CURP.

Esta solicitud deberá entregarse firmada por el Director Académico