



**ESCUELA SECUNDARIA FEDERAL N°1**  
**"JOSE MA. MORELOS" CLAVE: 16DES0018Q**



**Secretaría de Educación**  
 GOBIERNO DE MICHOACÁN

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (1° GRADO)**  
**CICLO ESCOLAR 2024-2025**

GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ALUMNO (A)**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
DÍA - MES - AÑO

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CALLE Y NUMERO                      COLONIA                      LOCALIDAD                      C.P.

SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( ) CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE, PADRE O TUTOR**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
CALLE Y NUMERO                      COLONIA                      LOCALIDAD                      C.P.

DOMICILIO LABORAL: \_\_\_\_\_  
CALLE Y NUMERO                      COLONIA                      LOCALIDAD                      C.P.

TEL. DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_

OTRO CONTACTO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MADRE, PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_  
PADRE                      MADRE

Anotar si tiene **SERVICIOS MEDICOS**: ISSSTE ( ) IMSS ( ) OTRO: \_\_\_\_\_

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**ALUMNO (A)**

\_\_\_\_\_  
**MADRE, PADRE DE FAMILIA O TUTOR**



**ESCUELA SECUNDARIA FEDERAL N°1**  
**"JOSE MA. MORELOS" CLAVE: 16DES0018Q**



**Secretaría  
de Educación**  
GOBIERNO DE MICHOACÁN

**SOLICITUD DE RE-INSCRIPCIÓN (2° Y 3° GRADO)**  
**CICLO ESCOLAR 2024-2025**

GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ALUMNO (A)**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

DÍA - MES - AÑO

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CALLE Y NUMERO

COLONIA

LOCALIDAD

C.P.

SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( ) CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE, PADRE O TUTOR**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

CALLE Y NUMERO

COLONIA

LOCALIDAD

C.P.

DOMICILIO LABORAL: \_\_\_\_\_

CALLE Y NUMERO

COLONIA

LOCALIDAD

C.P.

TEL. DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_

OTRO CONTACTO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MADRE, PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

PADRE

MADRE

Anotar si tiene **SERVICIOS MEDICOS**: ISSSTE ( ) IMSS ( ) OTRO: \_\_\_\_\_

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**ALUMNO (A)**

\_\_\_\_\_  
**MADRE, PADRE DE FAMILIA O TUTOR**