



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN**

**CICLO ESCOLAR 2025-2026**

**INS**

**REINS**

NIVEL EDUCATIVO:	PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA
ESCUELA:			CCT:
DIRECCIÓN DEL PLANTEL:			
C.C.T. DE PROCEDENCIA: (EN CASO DE REINSCRIPCIÓN POR TRASLADO O PROMOCIÓN DE NIVEL EDUCATIVO DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA)			

**DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE**

PRIMER APELLIDO:														
SEGUNDO APELLIDO:														
NOMBRE(S):														
ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO:								CURP:						
FECHA DE NACIMIENTO:	AÑO		MES		DÍA		SEXO:	HOMBRE	MUJER	X (NO BINARIO)	PESO (kg):		ESTATURA (cm):	
CUENTA CON HERMANA(O) EN EL PLANTEL:	SI	NO	GRADO:				GRUPO:			CURP:				

**DOMICILIO DEL ESTUDIANTE**

CALLE:	No. INT.:	No. EXT.:	COLONIA:
DELEGACIÓN O MUNICIPIO:	C.P.:		TEL. DE CASA:
TEL. PARA RECADOS:	TEL. CELULAR PARA EMERGENCIAS:		

**CONDICIÓN DEL ESTUDIANTE**

¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO?:	SI	NO	¿CUÁL?		
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA O ÉTNICO?	SI	NO	¿CUÁL?		
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	SI	NO	¿CUÁL?		
¿PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD?	SI	NO	¿CUÁL?		
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?	SI	NO	PAÍS:		
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL E INCLUSIVA? (U.D.E.E.I.)				SI	NO
¿TOCA ALGÚN INSTRUMENTO MUSICAL?	SI	NO	¿CUÁL?		

**DATOS DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR(A)**

<b>NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR:</b>				FECHA DE NACIMIENTO:		
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS:	TEL. DE CASA:		TEL. CELULAR:			
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:				OCUPACIÓN:		
NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO O ACTIVIDAD LABORAL:				TEL. OFICINA:		
DOMICILIO LABORAL:						
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA O ÉTNICO?	SI	NO	¿CUÁL?			
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	SI	NO	¿CUÁL?			
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?	SI	NO	PAÍS:			
<b>NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:</b>				FECHA DE NACIMIENTO:		
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS:	TEL. DE CASA:		TEL. CELULAR:			
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:				OCUPACIÓN:		
NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO O ACTIVIDAD LABORAL:				TEL. OFICINA:		
DOMICILIO LABORAL:						
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA O ÉTNICO?	SI	NO	¿CUÁL?			
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	SI	NO	¿CUÁL?			
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?	SI	NO	PAÍS:			

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Por así convenir a mis intereses, por este conducto solicito la inscripción o reinscripción al \_\_\_\_\_ grado, grupo \_\_\_\_\_ en el plantel arriba citado. Para ello, hago entrega de la siguiente documentación:

- Acta de nacimiento o Documento equivalente       Antecedente académico       Ninguno

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la documentación y/o los datos en el presente documento son verdaderos y que en caso de presentar información o documentación falsa, será acreedor(a) a las sanciones aplicables por la autoridad competente. Para lo cual me identifico con:

- Credencial para votar por el (INE o IFE)       Pasaporte       Cédula Profesional       Otro documento oficial: \_\_\_\_\_

Así mismo manifiesto que he leído el aviso de privacidad que me fue notificado sobre el tratamiento de la información presentada correspondiente a mi menor hijo(a) en su calidad de alumno de esta Institución Educativa.

**La dirección de la escuela**

**Firma de conformidad**

**TALÓN DE CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN  
PARA ALUMNOS DE NUEVO INGRESO AL CICLO ESCOLAR 2025-2026**

Ciudad de México, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Madre, padre de familia o tutor(a): \_\_\_\_\_

La Secretaría de Educación Pública, a través de la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, le informa que el alumno (a):

con CURP: \_\_\_\_\_ OP: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

queda formalmente inscrito en el Grado: \_\_\_\_\_, Grupo: \_\_\_\_\_, Turno: \_\_\_\_\_

de la Escuela: \_\_\_\_\_

CCT: \_\_\_\_\_

Atentamente

**La Dirección de la Escuela**

**SELLO DE LA ESCUELA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Director(a) de la escuela**

**DATOS COMPLEMENTARIOS DE  
INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN DEL ALUMNO  
CICLO ESCOLAR 2025-2026**

**Nombre del alumno:** \_\_\_\_\_

**Tipo de sangre o grupo o factor sanguíneo:** \_\_\_\_\_

**I. SITUACIÓN FAMILIAR**

Matrimonio     Unión     Libre     Separados     Divorciados

En los dos últimos casos, la custodia es de: \_\_\_\_\_

No. de Hijos: \_\_\_\_\_

Habita con:  Padre y madre     Sólo padre     Sólo madre     Otros (explique)

En total en casa viven: \_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos en el colegio?     SI     NO    ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿En qué área?     Preescolar     Primaria     Secundaria     Bachillerato

**II. TRES PERSONAS ADICIONALES AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU HIJO  
EN CASO DE EMERGENCIA.**

**1. Nombre:** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**2. Nombre:** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**3. Nombre:** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**GENERAL**  
**CONDICIONES DE INGRESO**  
**CICLO ESCOLAR 2025 - 2026**

- 1.** Estoy de acuerdo en cubrir durante los primeros diez días naturales de cada mes la colegiatura; en caso de no pagarla durante el plazo mencionado, pagaré intereses del 3.5% mensual sobre el monto de las mismas. Acepto que ninguna ausencia justifica descuentos en las cuotas de colegiatura y/o transporte y que mis pagos deberán estar al corriente para que mi hijo (a) pueda asistir a clases y/o presentar exámenes.
- 2.** Acepto que de no estar al corriente en mis pagos de colegiatura el Colegio no está obligado a continuar con el servicio educativo.
- 3.** Acepto que las cuotas de la Plataforma Educativa, seguro de gastos médicos contra accidentes, cuota de materiales, credencial, servicios, exámenes académicos, exámenes psicológicos y colegiaturas no son reembolsables en ningún caso.
- 4.** Acepto cooperar con los Profesores(as), Directores(as) y Personal del Colegio en lo que se refiere al mejoramiento de la conducta y aprovechamiento escolar de mi hijo(a) y estoy de acuerdo con las decisiones que tomen respecto a las medidas disciplinarias correspondientes, incluyendo el Marco para la Convivencia Escolar.
- 5.** Estoy de acuerdo en que la escuela no se hace responsable por accidentes o daños personales que pudiera sufrir mi hijo(a). Estoy enterado que el Colegio tiene contratado un seguro escolar contra accidentes y que, por tanto mi hijo(a) cuenta con los beneficios de dicho seguro.
- 6.** Acepto que la escuela no se hace responsable por objetos de cualquier valor extraviados o dañados, dentro de sus instalaciones o transporte escolar. La escuela evitará en la medida de lo posible que estos hechos ocurran.
- 7.** Doy permiso a mi hijo(a) para asistir, previo aviso y autorización, del lugar a donde van y su costo, a excursiones o paseos que organiza la escuela enterado de que estas salidas están adecuadamente supervisadas y autorizadas por los Profesores(as) y autoridades correspondientes.
- 8.** Me comprometo como Padre o Madre de familia a no estacionar mi auto en el estacionamiento del personal del Colegio, en ninguno de sus accesos, ni en doble fila frente al mismo, así como seguir las instrucciones e indicaciones del personal encargado de la vialidad.
- 9.** Acepto que mi hijo(a) porte el uniforme de la escuela completo.
- 10.** Acepto los términos y condiciones propuestos por el Colegio para la impartición de la enseñanza en el grado que mi hijo(a) cursará en el plantel, la cual se ajustará a los programas oficiales y a los propios del Colegio.

Manifiesto que los datos consignados en la presente solicitud son verídicos y que tengo la capacidad jurídica y solvencia económica para contratar el servicio educativo, con carácter de padre o tutor. Igualmente manifiesto que conozco y acepto el contenido de la circular 001 del ciclo escolar 2025- 2026 y el reglamento de servicios educativos emitidos por el Colegio en donde se indica la información sobre el “Acuerdo de bases mínimas de información sobre la comercialización del servicio educativo que prestan los particulares”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de marzo de 1992.

**AVISO DE PRIVACIDAD.** Colegio Sara Alarcón, con domicilio en Lago Alberto 291, Col. Granada, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, en la Ciudad de México Distrito Federal, es responsable, en los términos previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, del tratamiento, uso, almacenamiento y divulgación de los aquí recabados, que serán utilizados principalmente para fines de los servicios prestados, así como para contactar a nuestros clientes, usuarios y/o proveedores para cualquier tema relacionado con dichos servicios, ponemos a su disposición al Aviso de Privacidad en [www.colegiosaraalarcon.edu.mx](http://www.colegiosaraalarcon.edu.mx)

---

Nombre y firma del padre o tutor

---

Nombre y firma del madre o tutor

---

Fecha de entrega de documentos