***Información para alumnas aceptadas a Primer***

***Semestre del Ciclo Escolar 2016-2017***

De acuerdo con las Normas de Inscripción establecidas en la Normatividad de Control Escolar para el Bachillerato Tecnológico, serán sujeto a **Inscripción** las aspirantes aceptadas a cursar sus estudios en este plantel cubriendo los siguientes requisitos.

1.- **Documentación completa y correcta de lo contrario se cancela la inscripción,** en ***original y dos copias*** fotostáticas (las copias simples en tamaño carta) (actas de tamaño oficio sacar reducción a tamaño carta y corroborar que la información esté completa) de:

* Acta de Nacimiento, original o extracto con fecha de 2010 en adelante (por ambos lados).
* Certificado de Secundaria o de terminación de estudios.
* Clave única de registro de población (CURP).
* Cartilla Nacional de Vacunación o Certificado Médico expedido por dependencias oficiales de salud como: IMSS, ISSSTE o SS.
* Ficha de pago sellada por el banco, con el nombre completo de la alumna y grupo en la parte superior. (Les va a ser entregada al momento de la inscripción, misma que deberán devolver pagada a más tardar el 8 o 9 de agosto)

Además de:

* 6 fotografías tamaño infantil, de frente, en blanco y negro o color, (no instantáneas) en papel mate, con ropa clara.
* Llenar los formatos de: ficha de datos personales del alumno, carta compromiso y encuesta socioeconómica.
* Venir acompañadas de su responsable o tutor.

2.- **Periodo de Inscripciones:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Horario | Grupos que se inscriben | |
| Miércoles  3 de Agosto de 2016 | 9:00 | Técnico en Administración de Recursos Humanos Grupo 1ro. A | Técnico en Contabilidad  Grupo 1ro. C |
| 15:00 | Técnico en Administración de Recursos Humanos Grupo 1ro. B | Técnico en Contabilidad  Grupo 1ro. D |
| Jueves  4 de Agosto de 2016 | 9:00 | Técnico Secretariado Ejecutivo Bilingüe  Grupo 1ro. F | Técnico en Puericultura  Grupo 1ro. L |
| 15.00 | Técnico Secretariado Ejecutivo Bilingüe  Grupo 1ro. E | Técnico en Ofimática  Grupo 1ro. I |
| Viernes  5 de Agosto de 2016 | 9:00 | Técnico en Puericultura  Grupo 1ro. M |  |
| 15:00 | Técnico en Ofimática  Grupo 1ro. J |  |

***FAVOR DE SER PUNTUALES***

CARTA COMPROMISO

Guadalajara, Jal., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2016.

LIC. JUAN MANUEL GUERRERO VERA

DIRECTOR DEL CBTis Núm. 10

*“José María Morelos y Pavón”*

P R E S E N T E:

Por medio de la presente los que suscribimos esta carta, nos comprometemos con esta institución a su digno cargo en todas las actividades que de corresponsabilidad nos soliciten como Padre de Familia en apoyar y acompañar a nuestra hija en sus quehaceres educativos, asistiendo a las juntas de Padres de Familia, participando como eje central en su educación integral.

Como alumna me comprometo a hacer uso de mis capacidades, habilidades y destrezas para aprovechar al máximo mi estadía en este plantel, participando en las actividades sociales, culturales y deportivas que se organicen en mi beneficio y cumplir con el reglamento que rige la vida académica del CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLÓGICO industrial y de servicios N°10. Así mismo, me comprometo a asistir al CURSO DE INDUCCION y PROPEDEUTICO programado del 08 al 19 de Agosto del 2016, y acepto que el CBTis 10 se reserva el derecho de reasignar el lugar en caso de no asistir al Curso.

A T E N T A M E N T E.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Firma del Padre de Familia | Nombre y Firma de la Alumna |

EN CASO DE EXTERNAR CUALQUIER COMENTARIO UTILICE EL SIGUIENTE ESPACIO:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

GRUPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ALUMNA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GENERACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENTIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEXO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CURP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CORREO ELECT.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMICILIO PARTICULAR**

CALLE Y N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLONIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DELEG. MPIO.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEL.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE**

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

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

TELEFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OCUPACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMPAÑÍA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PUESTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE** NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

TELEFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OCUPACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMPAÑÍA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PUESTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD**

CLINICA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA EN EL IMSS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° FILIACIÓN IMSS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GRUPO SANGUINIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEDICAMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A LOS TELS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUENTAS CON ALGÚN TIPO DE BECA SI\_\_\_ NO \_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de la Alumna | Firma del Padre o Tutor |