

Foto actual

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**

**PRIMARIA BUENA VISTA**

Quien(es) suscribe (n) en ejercicio de la patria potestad de mi (nuestro) hijo (a)

y en su representación solicitamos la INSCRIPCIÓN del menor de edad cuyos

datos les proporcionamos.

Fecha: / /

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado de admisión que solicita:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Datos personales del alumno(a):**
 |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |   |
| Nombre(s) |  |
| Domicilio Calle |  | Número |  | Colonia |  |
| Código Postal |  | Tel. Casa |  | Delegación o Municipio |  |
| Fecha de nacimiento |  | Lugar de nacimiento |  | Nacionalidad |  |
| CURP |  |
| ¿Quién le recomendó el Colegio Familia: |

|  |
| --- |
| 1. **Datos del Padre:**
 |
| Nombre completo: |  |
| Nombre completo de la empresa donde trabaja: |  |
| Puesto que ocupa: |  | Horario de trabajo: |  |
| Giro de la empresa: |  | Tel. Oficina: |  |
| Celular: |  | Religión: |  | Email: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Datos de la Madre:**
 |
| Nombre completo: |  |
| Nombre completo de la empresa donde trabaja: |  |
| Puesto que ocupa: |  | Horario de trabajo: |  |
| Giro de la empresa: |  | Tel. Oficina: |  |
| Celular: |  | Religión: |  | Email: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Antecedentes Familiares:**
 |
| ¿Cuántos hermanos tiene? |  | Edades: |  | Grados escolares: |  |
| ¿Tiene hermanos en el Colegio Familia? |  | Nivel: |  |
| Nombre Completo y Grupo: |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **En caso de emergencia:**
 |
| En caso de no poder localizar al padre o la madre llamar a: (Indique persona adicional a padre y/o madre) |
| Nombre: |  |
| Parentesco: |  | Teléfono: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Salud:** Especificar qué problemas de salud padece o ha sufrido el alumno (a) tales como alergias, infecciones, fracturas, cirugías:
 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Área académica**
 |
| Escuela de procedencia: |  |
| Promedio académico del grado que cursó: |  | Grados cursados en preescolar |  |

|  |
| --- |
| 1. **Responsable Económico:**
 |
| Nombre completo: |  |  Edad: |  |
| Parentesco: |  | Porcentaje de aportación: |  |
| Tel. Oficina: |  | Celular: |  |
| Email: |  |
| Firma: |  |

1. **Facturación Electrónica:** Las personas que necesitan facturar el pago de sus colegiaturas, favor de dirigirse a nuestro departamento administrativo, al teléfono 682-29-22 ext. 111
2. **Derechos y obligaciones:** Los padres del menor solicitante, señalamos que la información proporcionada es verdad. Así mismo manifestamos que se nos ha dado a conocer y estamos comprometidos a cumplir con:
3. El contenido del aviso de privacidad de la institución expuesto en la Secretaría de cada plantel y publicado en nuestro sitio web: colegiofamilia.edu.mx.
4. El acuerdo que establece bases mínimas de información para la comercialización de los servicios educativos que prestan los particulares.
Consultar sitio <https://www.profeco.gob.mx/juridico/pdf/a_servedu_scfi_10mar92.pdf>
5. Políticas de pago y esquemas de colegiaturas vigentes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Anual****10% descuento** |  | **Semestral****5% descuento** |  | **10 mensualidades** |

1. El proyecto educativo del Colegio Familia de Tijuana A.C., sus reglamentos internos y requisitos de Permanencia.
2. Nos afiliamos a los *Consejos Escolares de Participación Social* por medio de la cuota y cooperamos en la venta de boletos de la rifa anual y en las demás actividades, autorizadas por la Dirección del Colegio.
3. En caso de cambio de domicilio o número telefónico de contacto (padre, madre y/o contacto de emergencia), me corresponde acudir a la dirección para actualizar la información a la brevedad posible.
4. Estamos de acuerdo en los montos establecidos por concepto de pago de colegiatura. Así mismo estamos enterados que si una colegiatura es pagada con posterioridad al día **10**, de cada mes, causará un recargo del 7.5% mensual. Vencido el primer mes se suspenderá el servicio educativo al alumno hasta la liquidación de la colegiatura vencida.
5. La fracción IV del artículo 5 del acuerdo para la Comercialización de los Servicios Educativos que prestan los particulares, prevé la devolución íntegra e inmediata de la cuota de inscripción, cuando se avise por lo menos dos meses antes de la fecha de inicio de clases. Cuando dicho aviso se dé con menor anticipación se aplicarán los siguientes criterios: **un mes antes el cincuenta por ciento del monto; quince días antes, el veinticinco por ciento del monto; y menos de quince días no habrá devolución.**

Por lo tanto, solicitamos sea aceptada la inscripción de Nuestro Hijo (a)

Atentamente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y firma del padre |  | Nombre y firma del madre |

En caso de que el padre o la madre no firmen o no se incluyan sus datos en el presente formato de inscripción/reinscripción, llenar la siguiente sección y anexar documento que acredite la situación:

Bajo protesta de decir verdad, declaro que la ausencia de firma o información de debe a:

* Divorcio
* Proceso de divorcio
* Fallecimiento
* Otra causa (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo anterior lo acredito con el documento anexo a la presente.