



SEGE
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DE GOBIERNO DEL ESTADO

ESCUELA NORMAL EXPERIMENTAL
"NORMALISMO MEXICANO"
CLAVE 24DNL0004K



OFICINA DE CONTROL ESCOLAR

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
SEMESTRE AGOSTO - ENERO
CICLO ESCOLAR 2026 - 2027**

SEMESTRE	GRUPO

ALUMNO(A): _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD:** _____
AÑO MES DÍA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

CORREO ELECTRONICO VIGENTE: _____

BECA ☐ SI ☐ NO **TIPO DE BECA** _____

DOMICILIO DE RADICACIÓN EN LA CIUDAD (Matehuala):

CALLE: _____ **Núm.** _____ **COLONIA:** _____

MUNICIPIO: _____ **ESTADO:** _____ **C.P.** _____

TEL. LOCAL: _____ **TEL. CELULAR (del alumno/a)** _____

**SÓLO PARA FORÁNEOS
DOMICILIO PARTICULAR DE PROCEDENCIA:**

CALLE	NÚMERO	COLONIA
MUNICIPIO	C.P.	ENTIDAD FEDERATIVA
TELÉFONO (de este domicilio)		

DATOS DEL TUTOR

NOMBRE: _____

PROFESIÓN U OCUPACIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

MUNICIPIO: _____ **ESTADO:** _____

TEL. LOCAL: _____ **TEL. CELULAR:** _____

En caso de no tener número de teléfono local, llenar este espacio, datos de una persona mayor de edad que pueda responder en una emergencia

Nombre _____ **Teléfono** _____ **Parentesco** _____

MATEHUALA, S.L.P., A _____ DE _____ DE 2026

FIRMA DEL ALUMNO (A)

"Bajo protesta de decir verdad, conozco y acepto las Normas de control Escolar relativas a la Selección, Inscripción, Reinscripción, Acreditación, Regularización, Certificación y Titulación en las Instituciones Formadoras de Docentes en las Licenciaturas de Educación Básica, Modalidad Escolarizada vigentes, emitidas por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación de la Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación."