



Colegio de Bachilleres del Estado de Oaxaca

"Educación Pública de Calidad"

Sistema de Educación Abierta



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Fecha de solicitud: _____
dd mm aaaa

Folio de solicitud: _____
Consecutivo

Datos del Estudiante

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Número de Control

Menor de Edad

Recursador

Bloque

Trimestre

Si

Indique si es Hablante de Lengua Indígena y anote cual

Si

Indique si cuenta con alguna beca para continuar sus estudios y anote la Institución que la otorga.

Asignaturas a Cursar

Cve. Asignatura

Asignatura

Recursando

Asesor

Evaluaciones Globales*

Cve. Asignatura

Asignatura

* Únicamente para concluir sus estudios de bachillerato y previa autorización de la Coordinación de Educación Abierta

Nombre y Firma del Estudiante

PARA SER LLENADO POR EL CENTRO DE EDUCACIÓN ABIERTA

Se autoriza la reinscripción del Estudiante.

Nombre del Centro

Nombre y Firma del Responsable

Nombre y firma del responsable de la inscripción

Sello del Centro

