

Tipo de enfermedad que ha padecido

Cuenta con servicio médico -

Tipo de servicio médico

Afiliación al servicio médico

Antecedentes o enfermedades familiares

Cuántos familiares viven en su casa

Cual es su actividad deportiva favorita

Cual es su actividad cultural favorita

Ha asistido a otras escuelas profesionales - Cual, especifique

Cuántas fracturas ha tenido, especifique parte del cuerpo, lugar y fechas.

Firma del/a Alumno /a



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE PUERTO PEÑASCO
SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN**

CÉDULA DE REINSCRIPCIÓN

Alumno/a:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):

No. de Control:

Dirección del Alumno/a:

Calle: Número: Entre calles:

Colonia: Ciudad:

Teléfono con Clave Lada:

Correo Electrónico:

Carrera:

Semestre de la carrera: Turno:

Materias Pendientes:

Fecha de Reinscripción:

Día Mes del Año 20

Firma del Alumno /a

Firma del Departamento de
Servicios Escolares del ITSPPP