



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Coordinación General de Planeación, Evaluación e Infraestructura.

Dirección de Control Escolar e Incorporación

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2025-2026 ETAPA 1

Datos Generales del Aspirante:

FOLIO: _____

CURP:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Nombre (s):				Sexo:	
Fecha de nacimiento:		Entidad de Nacimiento:		Municipio:	
Domicilio:			Colonia:		
Folio de Boleta de Evaluación:					

Escuelas Postuladas (Seleccionar 3 o 5 opciones según sea el caso):

1ra. Opción:	2da. Opción	3ra. Opción
Clave de Centro de Trabajo:	Clave de Centro de Trabajo:	Clave de Centro de Trabajo:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Motivo:	Motivo:	Motivo:

4ta. Opción:	5ta. Opción
Clave de Centro de Trabajo:	Clave de Centro de Trabajo:
Nombre:	Nombre:
Motivo:	Motivo:

Motivos:

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1 El aspirante presenta una barrera para el aprendizaje y la participación (discapacidad o trastorno).</p> <p>2 El aspirante tiene hermanos (as) en la escuela (no aplica para hermanos en el último grado del nivel educativo).</p> <p>3 El aspirante vive cerca de la escuela.</p> | <p>4 El padre, la madre o el tutor trabaja en la escuela de primera opción.</p> <p>5 El aspirante proviene de una escuela cercana.</p> <p>6 El padre, la madre o el tutor trabaja cerca de la escuela de primera opción.</p> | <p>7 Disponibilidad de transporte público.</p> <p>8 Algún familiar vive cerca de la escuela.</p> <p>9 Otros.</p> |
|---|--|--|



Datos Generales del Tutor:

Parentesco:		Grado de estudio:		CURP:	
Primer Apellido:			Segundo Apellido:		Nombre (s):
Sexo:		Fecha de nacimiento:		Entidad de Nacimiento:	
Municipio:		Domicilio:		Colonia:	
Correo Electrónico:				Teléfono:	

De contar con hermana (o) en la escuela de selección:

Nombre (s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Grado:		Grupo:		Folio de Boleta de Evaluación:	

En caso de tener Gemela (o):

Nombre (s):		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
CURP:					

Barrera para el aprendizaje y la participación (Discapacidad o Trastorno).

Autismo (AU)	
Hipoacusia (HP)	
Discapacidad Intelectual (DI)	
Discapacidad Motriz (DMO)	
Discapacidad Múltiple (DM)	
Ceguera (SEG)	
Baja Visión (BV)	
Problemas de Comunicación (PCM)	
Problemas de Conducta (PCD)	
Aptitudes Sobresalientes (AS)	
Trastorno Generalizado del Desarrollo (TDG)	
Discapacidad Psicosocial (DP)	
Otros (O)	

Firma del tutor: _____

Fecha: _____