COLEGIOS SINALOA, A.C.

"Forjando la Verdad en el Amor"

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CICLO ESCOLAR 2025-2026

	SECCIÓN:				
LLENADO EXCLUSIVO DEL COLEGIO					
CAMPUS HORIZONTES		Nuevo Ingreso	**Fecha de Ingreso:**		**Grado:** _____
		Reingreso			**Grupo:** _____

Datos del Alumno: _____ _____ _____

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de Nacimiento _____ Sexo ( ) Femenino ( ) Masculino CURP : _____

día mes año Escuela de Procedencia: _____

Domicilio: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Calle Número Colonia Estado Municipio Tel. Casa C.P.

Correo electrónico: _____ (en caso de requerirse enviar alguna información se hará a esta dirección).

Marque con una X en caso de ser Exalumno.

Familiares:	**Nombre(s)**	**Apellido Paterno**	**Apellido Materno**	**Profesión-Ocupación**	**Lugar de trabajo**	**Teléfono**
Padre Exalumno ( )						Celular Trabajo
Domicilio (en caso de ser distinto al que reporta el alumno(a): Calle: Número Colonia: Estado: Municipio:						
Madre Exalumno ( )						Celular Trabajo
Domicilio (en caso de ser distinto al que reporta el alumno(a): Calle: Número Colonia: Estado: Municipio:						
Tutor Exalumno ( )						Celular Trabajo

Hermanos en el Colegio	Si ( ) No ( )	Sección	Grado y Grupo
Nombre(s)			

¿POR QUÉ ELIGE EL COLEGIO? (√) Prestigio _____ Calidad Educativa ____ Valores _____

¿CÓMO OBTUVO REFERENCIAS DEL COLEGIO? Redes sociales _____ Recomendación _____ Internet _____ Otros _____

COLEGIATURA (tipo de pago): 10 meses ☐ 12 meses ☐ Anual ☐

DECLARATORIA

Yo Padre de Familia acepto y me comprometo a:

1) Cumplir con madurez responsable el reglamento establecido en la sección del Colegio que corresponda a esta solicitud.

2) Recoger a mi hijo(a) puntualmente en su hora de salida, de acuerdo al horario asignado en la sección; teniendo como margen, 30 minutos posterior del toque de salida. Después de este lapso de tiempo, el Colegio no se hará responsable de lo que le pueda suceder a mi hijo(a).

3) Acepto que una vez pagada la inscripción, y el alumno no se quede en el colegio, solo será reembolsable el 50%, siempre y cuando se notifique 60 días antes de iniciar el ciclo escolar 2025-2026.

4) Cubrir en los primeros quince días de cada mes, los pagos de colegiatura. Después de la fecha señalada, generará un cargo adicional del **3%** acumulable por cada mes pendiente de pago, mismo que debo cubrir.

5) Estoy de acuerdo que, al adeudar tres meses de colegiatura, mi hijo(a) será dado de baja automáticamente.

6) Estar al corriente en los pagos para que mi hijo(a) pueda presentar sus exámenes en tiempo y forma.

7) Al cubrir el pago de inscripción en caso de accidente dentro de la institución, mi hijo(a) queda protegido con un seguro escolar de gastos médicos con un monto máximo de $50,000.00, lo que exceda a esta cifra, queda a mi responsabilidad, cubriendo el deducible requerido.

8) Acepto que mi hijo (a) se le tomarán fotos individual o grupal, en las diferentes actividades de Colegios Sinaloa, mismas que podrán ser publicadas por la institución.

9) Acepto el acuerdo presentado a PROFECO referente a costos para el ciclo escolar 2025-2026. (Disponible en https://colegiossinaloa.edu.mx/)

11) Estoy consciente de la normativa en el uso y manejo de plataformas digitales y acepto las acciones formativas que en el colegio se establecen.

Culiacán, Sinaloa, a _____de _____de 2025.

Padre, Madre o Tutor

Nombre y Firma: _____

Autoriza inscripción

_____
Coordinadora de Sección

AVISO DE PRIVACIDAD (CORTO)

COLEGIOS SINALOA, A.C., (CAMPUS HORIZONTES) con domicilio en calle Lola Beltrán Pte. 3643, La Conquista, Municipio de Culiacán de Rosales, C.P. 80058 en la entidad de Sinaloa, país México; utilizará sus datos personales recabados para: inscripciones; comprobantes de pago; mercadotecnia o publicidad; estadísticos; información de autoridades educativas y comerciales que así lo soliciten, en el ámbito de su competencia; publicaciones impresas o electrónicas internas y externas del colegio. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de nuestra página electrónica www.colegiossinaloa.edu.mx**.**

OBLIGATORIO LLENAR TODOS LOS CAMPOS EN CASO DE REQUERIR FACTURA.

NOMBRE DEL ALUMNO:_____SECCION:_____

GRADO:_____ GRUPO:_____ CURP ALUMNO:_____

RAZÓN SOCIAL A FACTURAR :_____

RFC: _____ CORREO ELECTRÓNICO (para envío de XML) : _____

PERSONA: FÍSICA ( ) MORAL ( )

CLAVE Y DESCRIPCION DEL "USO DEL CFDI": _____

FORMA DE PAGO: EFECTIVO ( ) TRANSFERENCIA ( ) CHEQUE ( ) TARJETA DE DEBITO ( )

REGIMEN FISCAL: _____

ANEXAR EN FISICO CONSTANCIA DE SITUACION FISCAL ACTUALIZADA Y CURP DEL ALUMNO.

DOMICILIO FISCAL:

Calle	Número	Colonia y/o Fraccionamiento	C.P.	Ciudad

Favor de llenar todos los campos para poder facturar.

"SOMOS JADILOP, SOMOS SINALOA"

Para accesar a Colegios Sinaloa favor de proporcionar el número de placas:

_____