



COLEGIO
O'FARRILL

Autorización Redes Sociales Comunidad O'Farrill

Por este medio ☒ / NO autorizo que a mi hijo (a):

Nombre: Mateo

Apellidos: Nolano Flores

Grado 4º Ciclo 2022-2023, se le tomen fotografías y/o videos sobre las actividades académicas, sociales y deportivas que se desarrollen en la planeación del Colegio, mismas que se subirán a las Redes Sociales para compartir las experiencias de mi hij@ en la Comunidad O'Farrill.

Atentamente,

Nombre Padre y/o tutor: Freddy Nolano Ochoa

Firma Padre y/o tutor: [Firma]

DD/MM/AAAA: 14/03/2023

COLEGIO O'FARRILL KINDER

AUTORIZACIÓN

En caso de un accidente grave autorizo que mi hijo (a) Matías

Nolano Flores del grado K 1
sea trasladado de emergencia a la clínica más cercana, acompañado de las autoridades pertinentes, esperando la llegada más pronta de los padres o tutores.

Si autorizo (X)

No autorizo ()

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: Freddy Nolano Ochoa

FIRMA: [Firma]

TELEFONOS DE EMERGENCIA

TRABAJO: _____

CELULAR O NEXTEL: 55 12863092

CASA: 55 30890973

Nota. La escuela no administra ningún tipo de medicamento o tratamiento. En caso de que su hijo (a) se encuentre bajo algún tratamiento específico dentro de los horarios de clase, la escuela podrá proporcionar medicamentos y tratamientos cuando el padre de familia lo solicite por escrito anexando a la misma carta o receta médica suscrita por el pediatra particular del alumno.



**REGLAMENTO
PREESCOLAR
2022-2023**

Leí y acepto las normas que se marcan en el reglamento interno anexo del colegio del ciclo escolar.

CDMX, a 11 de Agosto del 2023.

Nombre del alumno:

Melina Melina Flores

Nombre y firma del padre o tutor:

Freddy Melina Flores

Nombre y firma de la madre o tutora:

Carolina Flores León

4. COMPROMISOS

ESTIMADOS ALUMNAS, ALUMNOS, MADRES, PADRES Y/O TUTORES:

Con el propósito de impulsar la participación de la comunidad en la tarea educativa, propiciando la colaboración y acción decidida de educandos, madres, padres de familia y tutores a favor de la educación, se les hace una cordial invitación a firmar los **Compromisos** que se les presentan. Sin que la firma sea obligatoria, ésta se entenderá como una expresión de corresponsabilidad con la educación y la convivencia pacífica en las escuelas.

No obstante, el contenido de este Marco para la Convivencia Escolar regirá en todas las escuelas de educación básica del Distrito Federal y será aplicable a todo el estudiantado, desde educación preescolar hasta secundaria.

ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS EN EL DISTRITO FEDERAL

COMPROMISO DE LA O EL ALUMNO A FAVOR DE LA CONVIVENCIA PACÍFICA

Yo, María del Mar Flores (nombre de la alumna o el alumno) manifiesto ante mi madre, padre o tutor que:

Conozco la **Carta de Derechos y Deberes de las Alumnas y los Alumnos** y comprendo por qué debo respetarlos.

En relación a mi conducta sé que tengo derecho a:

- Que se me presente y explique el **Marco para la Convivencia Escolar** así como qué conducta mía contribuye a una convivencia pacífica y qué comportamiento mío es contrario a la convivencia y puede tener una consecuencia disciplinaria.
- Recibir apoyo y orientación del personal de la escuela en relación a mi comportamiento.
- Tener un trato justo y respetuoso cuando cometa una falta que amerite una medida disciplinaria.

Yo me comprometo a:

- Respetar los derechos y la dignidad de los demás.
- Cumplir con lo establecido en el **Marco para la Convivencia Escolar**.
- Compartir diariamente con mis padres lo que viví y aprendí en la escuela.
- Aceptar las medidas disciplinarias que correspondan como consecuencia de una conducta contraria a la convivencia pacífica.

He comentado esto con mis padres y estoy de acuerdo en asumir y cumplir este compromiso

Firma de la alumna o el alumno: María del Mar Flores

Nombre y firma de la madre, padre o tutor Fredy Wilson Abon

Fecha: 14/08/2023

**COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD
DE LOS PADRES DE FAMILIA CON LA EDUCACIÓN DE SU HIJO O HIA**

Yo Freddy Melare Olivera, madre, padre o tutor de Melare Olivera Flores (nombre de la alumna o el alumno) recibí una copia del **Marco para la Convivencia Escolar** de las Escuelas de Educación Básica del Distrito Federal.

Conozco y entiendo cuál es el comportamiento que se espera de mi hijo(a) y comprendo que mi participación en su educación le ayudará a tener un mejor desempeño en la escuela.

He leído este **Compromiso de Corresponsabilidad** y me comprometo a hacer todo lo posible para cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Motivar a mi hijo(a) para que sea un miembro de la comunidad escolar pacífico y respetuoso.
- Comentar con mi hijo(a) la **Carta de Derechos y Deberes de las Alumnas y los Alumnos y las Faltas y Medidas Disciplinarias**.
- Participar en las reuniones a las que me convoque la escuela como madre o padre de familia o tutor, y en los programas y actividades en las que mi hijo(a) esté involucrado.
- Asegurarme que mi hijo(a) llegue puntual a la escuela todos los días y con los materiales básicos necesarios para un buen desempeño.
- Tener un trato respetuoso con docentes, directivos y personal de la escuela y evitar cualquier expresión denigrante, ya sea física o verbal, a los miembros de la comunidad escolar.
- Proporcionarle a mi hijo(a) un espacio tranquilo para que haga sus tareas, apoyarlo y supervisarlo para que cumpla con sus trabajos escolares.
- Organizar la vida familiar de modo que mi hijo(a) pueda cumplir con los horarios de descanso adecuados a su edad.
- Destinar al menos 20 minutos al día leyendo con mi hijo(a).
- Escuchar a mi hijo(a) lo que quiera relatar de su experiencia diaria en la escuela.
- Proporcionar a la escuela todos los datos personales de mi hijo (a) de manera veraz al momento de inscribirlo a la escuela, así como los números telefónicos e información para contactarme en caso de emergencia.
- Proporcionar a la escuela información de la salud de mi hijo(a) y notificar expresamente en caso de presentar alguna enfermedad crónica o impedimento para realizar cualquier actividad física o bien, que requiera de atención especial.
- Justificar las inasistencias de mi hijo(a) a la escuela de manera oportuna y adecuada.
- Avisar a la escuela si hay algún cambio significativo en la salud o bienestar de mi hijo(a) que afecte su habilidad para atender en la escuela.
- Colaborar con la escuela en la atención de los problemas que afecten a mi hijo(a).

Nombre y Firma de la madre, padre o tutor: Freddy Melare Olivera

La Escuela se compromete a respetar los derechos de los educandos descritos en la **Carta de Derechos y Deberes de las Alumnas y los Alumnos**, y a hacer que se respeten.

Asimismo, el (la) Director(a) se compromete a aplicar las medidas disciplinarias con justicia, imparcialidad y transparencia.

Nombre de la escuela: Colegio O'Farrill CDT: _____

Nombre del (de la) Director(a) de la escuela _____

Firma del (de la) Director(a) de la escuela _____ Fecha: Agosto 2023



EX-10 CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, 16 de Agosto de 2013

Escuela: COLEGIO O'FARRILL SOCIEDAD CIVIL C.C.T.: 09PJN5724N

Nombre del Alumno(a): Matias Nolano Flores Grado: K1 Grupo: _____

¿Presentó examen médico la madre, padre de familia o tutor?: (si) (no) Tipo de Sangre: O+

¿El examen médico entregado a la escuela indica que está apto para realizar actividad física? (sí) (no)

¿Alérgico a algún medicamento?: (si) (no) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) presenta algún padecimiento crónico? (si) (no) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) toma algún medicamento prescrito por el médico? (si) (no)

En caso de contestar afirmativamente anexar copia de la receta por el médico tratante al presente.

Indique cuál: _____

Escriba a qué hora es suministrada la primera toma del día antes del ingreso al plantel: _____

Número de dosis al día: _____

Horas programadas para la administración de dosis de medicamentos:

4 hrs. () 6 hrs. () 8 hrs. () 12 hrs. () 24 hrs. ()

En caso de que el alumno(a) requiera atención a causa del padecimiento, indique el procedimiento a seguir:

En situación caso de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos: (55) 12 863 0922 (55) 34333341

Si alumno(a) requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, autorizo a que sea trasladado para recibir dicha atención: (sí) (no) a la institución (IMSS) (ISSSTE) (Secretaría de Salud) (Seguro Popular) (Otro) Describa cuál: Medica Sur

Yo madre, padre de familia o tutor, estoy de acuerdo en proporcionar la información médica de mi hijo(a) pupilo(a): (sí) (no).

Lo anterior, implica mi aceptación de las consecuencias derivadas de la decisión que libre y responsablemente que adopto para el desarrollo educativo y personal de mi menor hijo(a) o pupilo(a), deslindando por ello de toda responsabilidad al plantel y autoridades educativas. Manifiesto lo anterior aceptando las condiciones físicas, psicológicas y pedagógicas de mi hijo.

Acepto de conformidad la información mencionada en la presente cédula

Freddy Nolano Ochoa
Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

Aviso de Privacidad

Con fundamento en los artículos 16 y 73 fracción XXIX-O de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del Artículo 22 fracciones II y V de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM), es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuáles serán utilizados para atender el registro del documento denominado "Cédula de Referencia de Salud" (EX-10) a través del Sistema Integral de Información Escolar en Web (SIIIE WEB) en las diferentes modalidades de Educación Básica. Así como realizar informes estadísticos con la finalidad de dar seguimiento a los avances interinstitucionales inherentes a este servicio educativo.

Si deseas conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en nuestro portal de internet www.gob.mx/aeefcm



COLEGIO
FARRILL
EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GUIA PARA LA ATENCIÓN DEL PREESCOLAR

La Guía para la Atención de Preescolar tiene el propósito de apoyar al personal docente de Educación Preescolar para que conozca y registre características y antecedentes individuales de niños y niñas. La información recabada será incorporada al expediente individual de cada uno.

La información proporcionada por el padre y/o madre de familia permitirán al docente:

- ✿ Detectar algunos problemas de salud y orientar oportunamente a los padres o tutores para su atención.
- ✿ Diseñar un ambiente de aprendizaje que apoye el desarrollo de competencias en el marco del Programa de Educación Preescolar vigente.

Formará parte del expediente individual del alumno junto con el **Examen Médico** del Escolar.

I.- DATOS GENERALES

- 1.- Nombre del niño (a): Matias Melano Flores
- 2.- Fecha de nacimiento: 1/08/2020 Sexo: Masculino
- Domicilio: Encinas 124, Int. Amatuta 30 Col Miguel Hidalgo 4ta Sec.
- 3.- Institución de la que se es derechohabiente. IMSS (☒) ISSSTE (☐) OTRO (☐)
NINGUNA (☐)
- 4.- ¿Ha recibido atención educativa asistencial de otra institución? Si (☐) No (☒)
- ¿En cuál? _____ Tiempo de permanencia: _____

II. ANTECEDENTES DEL NIÑO O LA NIÑA

- 5.- Lugar de nacimiento: Ciudad de México
- Especifique población: Tlalpina
- 6.- Desarrollo del embarazo: Normal (☒) Semanas de gestación: 36
- Con problemas (☐) Especificarlo: _____

7.- Parto: normal: () cesárea: (✓) ¿se presentó algún problema al momento del parto? No Especificarlo: _____

8.- Lactancia: Pecho (✓) ¿Cuánto tiempo? 7 meses
Biberón () ¿Desde que edad? _____

9.- Presenta alguna barrera para el aprendizaje: ¿En qué? Intelectual ()
auditiva () visual () motora () de habla (✓) neurológica ()
de comportamiento () Especifique de que tipo: Hipersensibilidad sensorial

A qué edad se le diagnosticó: 2 años

En caso de recibir atención ¿Qué tipo de tratamiento de apoyo se le ha
recomendado? Terapia de lenguaje y conductual

10.- Usa prótesis o aparato ortopédico Si () No (X)

De extremidades superiores () de extremidades inferiores () auditivos () visuales ()

Requiere del uso permanente de: lentes () silla de ruedas () andadera () muletas ()
Otro: _____

11.- Ha tenido algún accidente o enfermedad que haya requerido revisión médica u
hospitalización: Si () No (✓)

¿Cuánto tiempo? _____

¿A qué edad? _____

¿Por qué situación? _____

¿En la actualidad requiere algún cuidado especial? _____

PARA COMPLEMENTAR REVISE INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO.

12.- Enfermedades que ha padecido: varicela () rubéola () escarlatina ()

Hepatitis () tifoidea () paperas () tos ferina () otra: Covid-19

13.- ¿Actualmente padece alguna enfermedad temporal o crónica? No

¿Cual? _____

14.- Es alérgico o intolerante a: alimentos () medicinas () animales ()

Plantas () otros () ¿Cuáles? No

15.- ¿Toma algún medicamento de forma permanente? Si () No (✓)
¿Cuáles? _____ ¿Requiere algún cuidado especial? Si () No (✓) ¿Cuáles? _____

16.- ¿Presenta alguna fobia o miedo? No ¿A qué? _____

17.- Duermen la mayoría de las veces: solo (✓) con sus padres () hermanos () familiares () otros ()

18.- Horas que duerme en promedio: 8hr-9hr Horario: 10pm a 7am

¿Hace siesta durante el día? Si ¿De cuánto tiempo? 2hr

¿Presenta algún trastorno de sueño? Si () No (✓) ¿Cómo? Pesadillas () Insomnio () Rechina los dientes () sueño tranquilo () Habla o se levanta dormido ()

19.- ¿Cuántas veces come al día? 4 Toma alimentos antes de llegar a la escuela: Si (✓) No () ¿Cuáles consume frecuentemente? Fruta, huevo, lacteos

20.- ¿Qué tipo de alimentos le gustan? Fruta, huevo, cereal

21.- ¿Cuántas horas al día ve televisión? 2hr Solo () Acompañado (✓)

22.- ¿Cuáles son sus programas favoritos? Baby First, campo infantil

23.- ¿Qué actividades realizan regularmente los fines de semana?

Visitas a: familiares (✓) cine () parque de diversiones (✓) museos () mercado ()
Otros: _____

24.- Personas que viven con el niño/a:

Padre (✓) madre (✓) hermanos (✓) abuelos maternos (✓) abuelos paternos ()
tíos () primos () otros: _____

25.- Edades de los hermanos y sexos: 10 años - Masculino

26.- ¿Cuánto tiempo dedica como padre o como madre, para estar con su hijo al día? de 6 a 8hr

27.- Ingreso familiar mensual (aproximado) 100 mil

III.- INFORMACIÓN FAMILIAR

28.- Nombre del padre: Freddy Victoria Ochoa Edad: 41

Escolaridad: Maestra Ocupación: Actuación

E-mail: fn8a2001@yahoo.com.mx Empresa en la que labora: General de Seguros

Te. Celular: 55 12 86 3092

Lugar de Nacimiento (especifique el nombre de la población) CDMX

Teléfono de casa: 55 30890973

29.- Nombre de la madre Carolina Flores Loran Edad: 41

Escolaridad: Especialidad Ocupación: Licenciada en Contabilidad

E-mail fbrescoroncarolina@gmail.com Empresa en la que labora Kuehne - Nagel

Tel Celular: 55 34333391

Lugar de nacimiento: (especifique el nombre de la población) CDMX

Teléfono de casa: 55 30890973

30.- Nombre del tutor: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

E-mail _____ Empresa en la que labora _____

Tel Celular: _____

Lugar de nacimiento: (especifique el nombre de la población) _____

Teléfono de casa: _____

31.- Estado civil de los padres: Casados ☒ Divorciados () Unión libre ()
Viuda/o () Madre soltera () Padre soltero ()

32.- Existe restricción legal para que alguno de los padres recoja al niño (a) en el
plantel: N/O Si existe el caso anotar el nombre del tutor
autorizado: _____

DATOS DE OTRA PERSONA QUE EN CASO NECESARIO PUEDA RECOGER AL NIÑO (A)

Nombre: Vicente Flores Toledo

Domicilio: Encinas 124 lat Amatista 30 Miguel Hidalgo Hto. Secc

Teléfono(s): 55 1014 0012

Parentesco: Abuelo

Ocupación: Jubilado

Lugar donde trabaja: Hogar

OBSERVACIONES GENERALES

Este espacio es exclusivo para situaciones que no se encuentren específicas en la guía.

Ciclo Escolar: Kindergarten - 2023-2024 Grado: Kindergarten

Nombre y Firma de la Directora

Nombre y Firma de la educadora de grupo



Nombre y Firma del Padre de Familia

Sello del Jardín de Niños