



COLEGIO  
O' FARRILL  
EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

### DATOS DEL ALUMNO

Nolasco Flores Matias  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Sexo (F) (M) Fecha de Nacimiento: Año 2020 Mes Agosto Día 1  
Edad al 1° de septiembre Años 3 Meses 1  
CURP NDFM200801HDFLLTA0 Lugar de Nacimiento CDMX  
Nacionalidad Mexicana Grado K1  
Alumno de nuevo ingreso (SI) (NO)

FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS

### DATOS FAMILIARES

Domicilio: Calle y Número Encinos 124, Int. Amatista 30  
Colonia Miguel Hidalgo Altasur Delegación Tlalpam C.P. 14250  
Teléfono Particular \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: Freddy Nolasco Delacruz Tel. Oficina 55 12 56 30 92  
Ocupación: Artista Tel. Celular 55 30 89 09 73  
E-Mail: fn8u2001@yahoo.com.mx  
Nombre de la Madre: Caroline Flores Carón Tel. Oficina \_\_\_\_\_  
Ocupación: Lic. en Contaduría Tel. Celular 55 34 33 33 91  
E-Mail: florceretancareliada@gmail.com  
En caso de emergencia comunicarse con: Vicente Flores Toledo Tel: 55 10 14 00 12

Los que suscribimos nos comprometemos en el ciclo escolar a respetar lo establecido en el Reglamento Interno, así como actualizar los datos y colaborar con la institución para lograr el máximo aprovechamiento escolar.

#### Aviso de privacidad

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados según corresponda en los sistemas de Datos Personales que administrarán las autoridades educativas locales. Puede consultar el Aviso de Privacidad en la plataforma escolar SchoolBi.

[Firma]  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR

[Firma]  
FIRMA DE LA MADRE

[Firma]  
FIRMA DEL ALUMNO



# FICHA DE CONTROL MÉDICO

Talla 68 cm Peso 12 kg Tipo de Sangre O+

## DATOS DEL MÉDICO PEDIATRA

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Padece alguna de las siguientes enfermedades.

- |   |                                       |                                      |                                       |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Diarreas     |
| <input type="checkbox"/> Úlceras                  | <input type="checkbox"/> Gastritis    | <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> Cardiopatías |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ |                                       |                                      |                                       |

Indicaciones, en caso de haber marcado una o más opciones en la pregunta anterior: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma regularmente (Nombre, dosis, padecimiento): \_\_\_\_\_

Alergias ☐ SÍ ☒ NO \_\_\_\_\_

Restricciones para realizar alguna actividad ☐ SÍ ☒ NO \_\_\_\_\_

- |   |  |  |       |
|---|--|--|-------|
| ¿Existe algún problema congénito?                       | <input type="checkbox"/> SÍ            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existen restricciones para realizar alguna actividad?  | <input type="checkbox"/> SÍ            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existen alteraciones en la agudeza visual?             | <input type="checkbox"/> SÍ            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existen alteraciones en la agudeza auditiva?           | <input type="checkbox"/> SÍ            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Existe algún problema ortopédico?                      | <input type="checkbox"/> SÍ            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Utiliza algún tipo de órtesis o prótesis?              | <input type="checkbox"/> SÍ            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas?                  | <input type="checkbox"/> SÍ            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | _____ |
| ¿Cuenta con seguro de gastos médicos?                   | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO            | _____ |
| ¿Ha tenido algún tratamiento o proceso Psicopedagógico? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO            | _____ |

Si la respuesta es SÍ  
Anexar especificaciones.

Es derechohabiente al:

IMSS (X) ISSSTE ( ) PEMEX ( ) OTRO \_\_\_\_\_

## GRADOS DE LOS HERMANOS QUE ASISTEN A ESTA INSTITUCIÓN

- |                                   |                                     |                                       |                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> Kinder |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

Ciudad de México, a 16 de Agosto del 2023.



# COLEGIO O'FARRILL

Kínder

## COMPROMISO MUTUO

Ciudad de México a 16 de 08 de 2023.

Nombre del alumno: Matias Nolacio Flores

Grado: K1 Grupo:

Nombre del Padre, Madre o Tutor: Freddy Nolacio Ochoa

Manifiesto mi compromiso de:

ESCUELA	PADRE DE FAMILIA O TUTOR
Realizar de manera oportuna el segundo y tercer filtro, que corresponde a los protocolos de entrada y dentro del aula.	Realizar de manera oportuna el primer filtro en casa.
Estar atentos ante cualquier reporte que realice un docente o familia ante cualquier síntoma o malestar.	Mantener a mi hijo (a) en casa, en caso de presentar algún síntoma como malestar general, tos seca, estornudos, dolor de cabeza, fiebre, dificultad para respirar, diarrea y malestar en general.
Si algún miembro del personal docente, directivo y administrativo estuvo en contacto con alguna persona confirmada positiva, favor de notificar a la comunidad y tomar las medidas necesarias.	Si se tuvo contacto con alguna persona confirmada positiva, favor de notificar a la comunidad y tomar las medidas necesarias.
Brindar seguimiento ante la presencia de algún síntoma a alumnos, docentes, directivos y personal administrativo.	Darle atención médica a mi hijo (a) ante la presencia de algún síntoma antes mencionado.
Mantener una comunicación oportuna y puntual con los miembros de la Comunidad Educativa.	Notificar a la escuela mediante los canales de comunicación que se tiene dentro del Colegio.
Limpieza constante de las instalaciones. Promover los hábitos de higiene y salud en los miembros de la Comunidad Educativa.	Promover hábitos de higiene y salud para disminuir la propagación de cualquier enfermedad.

Firma de conformidad por parte de los interesados:

\_\_\_\_\_  
Dirección.

Freddy Nolacio Ochoa  
Padre de familia o Tutor.

\*Favor de compartir Certificado Médico actualizado y entregarlo el día que asista el alumno.